آلن فرانسيس

إنقاذًا للسواء

ثورة مُطّلع ضد تضخم التشخيصات النفسية، DSM-5، شركات الأدوية الكبرى، وتحويل حياة السواء إلى حياة مرضية



ترجمة : سارة اللحيدان

اليوم

Jadawel جداول

إنقاذًا للسواء

Allen Frances

Saving Normal

An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life

A hardcover edition of this book was published in 2013
by William Morrow, an imprint of HarperCollins Publishers.

آلن فرانسيس

إنقاذًا للسواء

ثورة مُطّلع ضد تضخم التشخيصات النفسية، DSM-5، شركات الأدوية الكبرى، وتحويل حياة السواء إلى حياة مرضية

ترجمة:
سارة اللحيدان

جداول Jadawel

الكتاب: **إنقاذًا للسواء**
المؤلف: **آلن فرانسيس**
ترجمة: **سارة اللحيدان**

جداول
للنشر والترجمة والتوزيع
رأس بيروت ـ شارع كراكاس ـ بناية البركة ـ الطابق الأول
هاتف: 746638 1 00961 ـ فاكس: 746637 1 00961
ص.ب: 5558ـ13 شوران ـ بيروت ـ لبنان
e-mail: d.jadawel@gmail.com
www.jadawel.net

الطبعة الأولى
كانون الثاني/يناير 2019
ISBN 978-614-418-389-2

طبع في لبنان

Copyright © Jadawel S.A.R.L
Caracas Str. - Al-Baraka Bldg.
P.O.Box: 5558-13 Shouran
Beirut - Lebanon
First Published 2019 Beirut

طُبع على نفقة مؤسسة
ريم وعمر الثقافية

المحتويات

إهداء

إلى دونا- شريكتي بكل ما تحمله الكلمة من معنى

ثناء وتقدير على الكتاب

«كتاب نزيه ومهم للغاية. قدّم د. آلن فرانسيس في هذا الكتاب وصفًا رائعًا للانفجار الواضح في الاضطرابات النفسية في الولايات المتحدة الأميركية».

د. مارشيا أنجل من كبار المحاضرين في الطب الاجتماعي- كلية الطب بجامعة هارفرد. رئيسة التحرير السابقة لمجلة نيو إنغلاند للطب.

«كتاب إنقاذًا للسواء، كتاب مهم وملفت، كُتب بذوق رفيع وشغف محكم. يجب أن يقرأ هذا الكتاب كل طبيب نفسي، ممارس صحي، طالب طب، في الواقع كل فرد بحاجة لقراءة هذا الكتاب».

ليزا أبيغنانسي رئيسة متحف فرويد، مؤلفة كتاب Mad, Bad, and Sad.

«تفسير مفصّل ومحكم للغاية، ذو حجة قوية وقيمة عالية. كُتب هذا الكتاب من قبل طبيب نفسي مؤهل فعليًا، ويملك خلفية علمية مقربة عن هذا المجال. كتبه بوضوح بالغ، لقراءة أيسر».

الكلية الملكية للأطباء النفسيين في أستراليا ونيوزلندا.

«ينقب د. فرانسيس في هذا الكتاب عن تاريخ المرض النفسي بعمق، ليقدم لنا حججًا حادة، وقصصًا من تجاربه الشخصية، لقد قال ما لديه وأبلغ في ذلك. هو طبيب متقاعد، وبالتالي لم يكتب كتابه تملقًا، فكل هذا الألم والجمال خرج للوجود كتحفة كتابية فنية».

دوايت غارنر- نيويورك تايمز

«بحكمة سليمان، ينحّي د. فرانسيس الملام جانبًا، ويعرض علاجًا منطقيًا، داعيًا ألا نجعل الاختلاف البشري مرضًا، بل نحتفي به»

Booklist (starred review)

«د. فرانسيس له الفضل الأكبر في قيادة الجهود المضادة للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس».

CNN.com

«كتاب آلن فرانسيس مذهل، ورائع».

Metapsychology

مقدمة الترجمة

لا يزال التباين في فهم النفس الإنسانية أحد أهم العوامل المؤثرة في تقدم الطب النفسي في عصرنا الحاضر. فأي دين كرّم آلام النفس الإنسانية أكثر من بقية الأديان؟ وأي ثقافة سمت عن غيرها بتقدير روحانية المرض النفسي، وإعطاءه قيمة ومنزلة عادلة لا تقلّ عن مرض الجسد. فبينما يشكو مريض في شرق آسيا من تأخر أو تخلف مجتمعه في فهم علل النفس، هناك في أميركا يتلقى شخص آخر (سليم إلا من علل الحياة الطبيعية) تشخيصًا نفسيًا وعلاجًا دوائيًا ليس بحاجته. لكن الأمر لا يخلو من مفارقة بائسة، فحتى مع تقدم الإنسان في سعيه لفهم الإنسان وإيصاله إلى التوازن المنشود، إلا أن ذلك لم يمنعه من الإضرار به ودفعه نحو كمال نفسي موهوم لا وجود له.

في كتابه هذا، يدعو الدكتور آلن فرانسيس (رئيس فريق عمل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع) الأطباء النفسيين أولًا، ثم بقية المسؤولين في هذا المجال، إلى جانب المرضى وعائلاتهم لأن ينظروا نظرة حقيقية في كارثة تضخم التشخيص النفسي، واستغلال شركات الأدوية الكبرى في الترويج لأوبئة كاذبة، سواء في الولايات المتحدة أو بقية أنحاء العالم. إن إيمان الفرد بإمكانية خلو الحياة اليومية من الحزن العابر أو المواقف المُشكلة يقوده لبحث يائس عن سعادة أبدية واستقرار دائم، يقابل ذلك تشجيعُ وجشع شركات الأدوية التي توهمه بإمكانية الوصول لهذه المرحلة الوهمية.

إننا بحاجة لرؤية الخط الرفيع بين المرض النفسي والسواء، فالحزين ليس مكتئبًا بالضرورة، والطفل (كثير الحركة) ليس من الحتمي أن يكون مضطربًا بفرط الحركة وتشتت الانتباه. هذا التجاوز والميل إلى المبالغة يؤدي إلى غياب الأساس لأي مجتمع (أساس السواء)، فلم تكن المجتمعات يومًا مجتمعات مريضة، ولم يُوصم غالبية أفرادها بمسميات نفسية، ويتلقون علاجات دوائية لا حاجة لهم بها.

المترجمة

سارة اللحيدان

شكر وتقدير

تقريبًا كل ما أعرفه عن الطب النفسي (وأيضًا الكثير مما أعرفه عن الحياة، والناس، ونفسي) قد عرفته من مرضاي. بفضلهم وبفضل وصف وإسهام ثمانية عشر فردًا بقصصهم المؤثرة وتجاربهم المروعة حينًا والرائعة أحيانًا أخرى مع الطب والعلاج النفسي. ثم هناك مئات الزملاء الذين ساعدوني خلال مسيرتي في الطب النفسي. لا أستطيع أن أشكر كل شخص باسمه، جميعهم يعرفون أسمائهم، ويعرفون أنني ممتن لهم على الدوام. هناك أشخاص محددون عليّ أن أذكرهم. لكوني بطبيعتي شخص أناني ومحب للسلام، لم أكن لآخذ على عاتقي عبء إصلاح الطب النفسي- خاصة عند هذه النقطة المتأخرة من حياتي. كنت مجبرًا على الكتابة بسبب الأمثلة المعيبة للعديد من حسناتي. بوب سبيتزر هو من جعلني أبدأ في المجال التشخيصي قبل خمسة وثلاثين عامًا، وسخّر معظم حياته ساعيًا لتطويره. جهود بارني كارول للارتقاء بالطب النفسي لأعلى المعايير جعلتني أُصعّد الأمر بعدما أدركت قصور مجالنا. لا يعرف بول ماكهيو كيف أثّر عليّ بمواقفه الشجاعة، وليس فقط الجلوس والاستمتاع بالشاطئ. ورغم أني اختلفت مع توم شاز- الذي توفى مؤخرًا- في وجهات نظرنا إلا أنه يعجبني كثيرًا، وأقدّر استعداده للدفاع عمّا يراه صحيحًا، بغض النظر عن التضحية الشخصية. ساعدني صديقي طبيب القلب يوتاكا أونو لجعل الكتاب شخصيًا، وأقل تكلّفًا، وبدا طبيعيًا بالنسبة لي. سوزي تشابمان قدمت لنا جميعًا وللتاريخ الكثير من خلال أرشفة مجموعة من وثائق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس و ICD-11. غاري غرينبرغ الذي كتب (كتاب الويل-Book of Woe) يصف فيه حماقات DSM-5. كما أتوجه بالشكر لفريق العمل على الإنترنت (الذين لم ألتقيهم قط) والذين أسهموا في فرز فوضى DSM-5 وساهموا بأفكار لهذا الكتاب، خاصة مليسا رافين، ميكي ناردو، ديلي جونز، جوان كاتشياتور، دونا روكويل، راسل فريدمان، ماريانا روسو، مارتن وايتلي، جون جورديني، ، كريس كين، مارغريت سولتانا، وجيمس فيلبس. فوجئت بصبر أحفادي المزعجين وأنا أقضي ساعات لا تنتهي أطبع وأحرر هذا الكتاب على جهاز البلاكبيري، الذي يطلقون عليه بمرح «الصديق الشرير». شكرًا لوكيلة أعمالي كيري كانيا

التي لم تروج لكتابي فقط، بل ساعدت بإيصاله وإعطاء صورة محددة له. أيضًا المحرر الأميركي بيتر هوبارد، والمحرر الألماني لورينز بولينجر، والهولندي ميشيل تين شكرًا لجميع اقتراحاتهم العديدة والمهمة. والأهم من هذا كله زوجتي دونا، القارئة العظيمة، من صيّرتني كاتبًا أفضل.

تصدير المؤلف للترجمة العربية

إنني في غاية السرور لتوفر كتاب (إنقاذًا للسواء) بهذه الترجمة الأنيقة. لعلّ اللغة العربية من أكثر اللغات شاعرية، بينما تميل الإنكليزية لأن تكون نثرية. آمل أن يكون نقل كلماتي إلى لغتكم أعظم فائدة وأكثر جاذبية من لغتها الأصل. رغم أن الاختلافات الثقافية تفصلنا إلى حد ما، إلا أن طبيعتنا الإنسانية المشتركة تسمح بالفهم السهل، فهمٍ عابرٍ للحدود واللغات. إن النصيب الأكبر من المشاكل التي قمت بوصفها في هذا الكتابَ قد حدثت في الولايات المتحدة، لكنها أصبحت تظهر بشكل متزايد حول العالم، دون أن أستثني البلاد الناطقة بالعربية التي زرتها، ـ المملكة العربية السعودية (مرتين)، مصر (مرتين)، قطر، الأردن، لبنان، والمغرب. كل آمالي أن تتعلموا من الأخطاء التي حدثت في أميركا، بدلًا من تكرارها.

نشأ الطب النفسي الحديث عند العرب أولًا، في العقود التي تلت وفاة النبي مباشرة. بينما اتكأت المسيحية في القرون الوسطى، للأسف، على الخرافات والمعاملة القاسية تجاه المرضى النفسيين. في النضال الإلهي ضد الشيطان، وُصِم المرضى باستحواذ الشياطين عليهم، وأُخضعوا لإجراءات تشخيص همجية، وعقوبات أُستلهمت من الدين المسيحي. بينما اتخذت الشريعة الإسلامية موقفًا أرحم وأكثر واقعية تجاه المرضى. ربما عجزوا عن امتلاك حقوقهم، لكنهم لم يُحرموا من حقوقهم الإنسانية.

أُنشئ أول مستشفى نفسي في بغداد عام 705. وسُرعان ما افتتحت العديد من المصحات في أنحاء الإمبراطورية العربية. كان الأطباء العاملون في هذه المستشفيات هم أول الأطباء النفسيين، وقد تعاملوا مع المرضى بكرامة ورعاية حقيقية. كُتبت في ذلك العهد رسائل طبية علمية تناقش العلاج المعرفي، النظريات النفسية، وتشريح الدماغ. فقد أخذ العرب أفضل العلوم والنظريات الإغريقية والفارسية والهندية، وقاموا بتعزيز ابتكاراتهم العربية. استغرق الأمر ألف سنة ليتمكن العالم الغربي من اللحاق بأفضل ممارسات الطب النفسي العربي الحديث. حينما أنظر الآن إلى عيوب الرعاية التي تقدم في الولايات المتحدة،

فإنني أُفضّل أن أكون مريضًا عقليًا في بغداد عام 705، بدلًا من نيويورك الآن.

في جوهر هذا الكتاب (إنقاذًا للسواء) تقع مفارقة قاسية. بينما، نحن في العالم الحديث، نضخّم من تشخيص وعلاج أفراد قلقين، نقوم، وبكل خزي، بإهمال المرضى الحقيقين. هناك عدد كبير من الناس يتناولون أدوية نفسية لا يحتاجونها، بينما لا يصل إليها من هو في أمسّ الحاجة. يستقصي هذا الكتاب ما معنى السواء، وما نعنيه بالمرض النفسي، وما هو الخط الفاصل بينهما. حيث أناقش بدع التشخيص في الماضي، الحاضر، والمستقبل. وأوضح ضرورة التشخيص النفسي، وضرورة الكشف عن التكهنات أيضًا.

سيكون هذا الكتاب مفيدًا لمهنيّ الصحة النفسية، لكنه لم يكتب لهم وحدهم. رُحب بهذا الكتاب في بلدان أخرى من قبل الأطباء، المرضى، عائلاتهم، والمهتمين بالتاريخ الثقافي. أما وقد لقي كتاب (إنقاذًا للسواء) منزلًا له في اللغة العربية، فإني على يقين بأنه سيلقى ترحيبًا حارًّا بينكم، فالكرم العربي أسطوري ولطالما غمرني بدفئه.

شكرًا مني إليكم.

د. آلن فرانسيس
2017 /12 /25

المقدمة

«باستطاعتي تقدير حركة النجوم، لا جنون البشر».

إسحاق نيوتن

قد تقع أحيانًا في جملة من المشاكل أثناء وجودك في حفلة كوكتيل، حتى وأنت منشغلٌ بشؤونك الخاصة. كان الحفل في شهر أيار/ مايو 2009، حيث اجتمع الأطباء النفسيون لحضور المؤتمر السنوي لاتحاد الطب النفسي الأميركي. كان المقر في متحف الفن الآسيوي (سان فرانسيسكو). وكنت متورطًا بجدال مرير وعام حول طبيعة السواء والدور الملائم للطب النفسي في تعريفه.

صدف أنني كنت في المدينة آنذاك للعمل على شؤون أخرى. لم أكن مهتمًا بهذا الاجتماع، مع ذلك، بدا لي الحفل فرصة رائعة للقاء الأصدقاء القدامى. فقد انسحبت من الطب النفسي لما يقارب عقدًا من الزمان، تقاعدت مبكرًا من أجل رعاية زوجتي المريضة، مجالسة مجموعة من أحفادي، ولأقرأ وأسترخي على الشاطئ. سابقًا، كانت حياتي العملية مندفعة إلى درجة وصفي بأني مفرط الحركة. كنت رئيسًا لفريق العمل الذي أعدَّ النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي(*) (دسم4_DSM_IV_4)، إضافة لرئاستي قسم الطب النفسي في جامعة ديوك، معالجة العديد من المرضى، عمل البحوث، وكتابة بعض من الكتب والورقات العلمية. بدا وكأنني أسابق الزمن، وأخسر في كل مرة. إلى درجة أن اختلاس نظرة لقسم الرياضة في صحيفة النيويورك تايمز كانت بمثابة متعة محرمة لي. أما الآن، أنا سعيد بالاستلقاء على ظهري، أقرأ لثوسيديديس، وأشعر بدفء الشمس على وجهي وهبوب النسيم على ما بقي من شعري. لا رسائل بريد إلكتروني، القليل فقط من المكالمات الهاتفية، وقطعًا ليس هناك مسؤوليات خارج نطاق عائلتي.

(*) أشرت إلى كافة نُسخ الدليل التشخيصي والإحصائي بكلمة دسم التي تقابل اختصار الدليل باللغة الإنكليزية DSM..

عندي خرافة واحدة غير منطقية، لكنها مترسخة، ألا وهي إيماني بقانون المتوسطات الذي يقول بتساوي الأمور مع بعضها في نهاية الأمر. أعلم أن هذا ليس صحيحًا، لكن التخلي عن الخرافات بسهولة أمر صعب. أظن أن الآلهات شعرن بالملل مساء ذلك الحفل، فقررن استخدامي لتسليتهن. أو ربما قدّرن أن حياتي غدت خالية من الهموم. فلم لا يكون هناك معادلة للنتيجة، كأن يُلقين الفرص في طريقي لأخوض بعضًا من المحادثات وأعكر صفو سكينتي؟ خلال ساعة واحدة فقدت مقعدي المريح، وأُجبرت على الانحياز فيما أصبح حربًا أهلية لمركز الطب النفسي. خضت معركة خاسرة لحماية السواء من الأمراض، والطب النفسي من التمدد الواسع.

لِم اخترنني أنا، ولِم تلك الليلة؟ كان هناك عدد من أصدقائي يثرثرون بحماس حول أدوارهم الهامة في إعداد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (دسم5ـ5ـDSM)، بالكاد كان هناك حديث آخر غير هذا. كانت نسخ الدليل التشخيصي والإحصائي عبارة عن كتيبات غامضة لم يعبأ بها أو يقرأها أحد حتى عام 1980. بعد ذلك، ظهر للعلن الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (دسمـ3، DSM_III) كتاب ضخم جدًا، أصبح فيما بعد أيقونة ثقافية وأعلى الكتب مبيعًا بشكل مستمر، أصبحت له سيادة غير مناسبة كما لو أنه «كتاب مقدس_Bible» للطب النفسي. ولأن الدليل يضع حدًّا فاصلًا بين السواء والمرض النفسي، فقد اكتسب أهمية مجتمعية كبيرة، وحدد كل الأمور الهامة التي تخلق أثرًا بالغًا على حياة الناس. من أمثلة هذه الأمور: كيف نقول عن هذا سوي وعن ذاك مريض؛ ما نوع العلاج الذي يجب تقديمه؛ ومن يدفع تكاليفه؛ من الذي يستحق إعانة العجز؛ من هو المؤهل لتلقي خدمات الصحة النفسية، التعليمية، أو المهنية، أو أي خدمات أخرى؛ من الذي يستحق التعيين في وظيفة ما، إمكانية تبني طفل، أو قيادة طائرة، أو الحصول على تأمين لحياته؛ وما إذا كان القاتل مجرمًا أو مريضًا نفسيًا؛ ما هو حجم الضرر الحاصل من الدعاوى القضائية؛ والكثير الكثير من الأمثلة.

نتيجة لعملي لمدة عشرين عامًا على النسخ المحدثة دوريًا من الدليل (بما في ذلك دسمـ3، دسمـ3 المنقح، دسم4ـDSM_IV)، فقد كنت على دراية بالمزالق ومدركًا للمخاطر التي تضمنت كل نسخة. على النقيض، كان أصدقائي جدًا على هذه اللعبة، يملؤهم الحماس حول أدوارهم في إعداد دسمـ5. لقد كانوا عازمين على إضافة العديد من الاضطرابات النفسية الجديدة، وتخفيف القيود المفروضة على تشخيص الاضطرابات

الحالية، بالغوا بالطبع في تقدير المنافع المأمولة، وعميت بصيرتهم عن الجوانب السلبية.

تفهمت حماسهم وتوقهم لإحداث فارق. في عام 1987، وبعد مضي أسبوع على معرفتي بترشحي لرئاسة فريق إعداد دسم4-DSM-IV، رحت أسير طويلًا على الشاطئ. لم أكن ممن ينشغلون عادة بالتفكير، لكن كان لدي الكثير لأفكر فيه. في ساعة شعرت بشعور سُلطة منعشة وأنا أرسم الطرق الممكنة لتغيير الطب النفسي وتحسينه. كنت حينها قلقًا من أن التشخيص النفسي قد تمادى كثيرًا وبشكل سريع، وكان يتغير بسرعة، فهناك الكثير من الفئات التشخيصية وتشخيصٌ للعديد من الناس. كان لدي ثلاثة أفكار لامعة، أولها تقييد تشخيص الاضطرابات التي يظهر أنها سهلة التشخيص، الاستغناء عن أو حذف الاضطرابات التي لا تبدو منطقية، ووصف الشخصية بأرقام مرنة وليس بأسماء جامدة.

في الساعة التي تلتها، أجبرني الواقع على إسقاط جميع مشاريعي الصغيرة. ثم بعد تأمل، أدركت أن سعيي لحل المشاكل سيخلق مشاكل أخرى جديدة. لأكون أكثر دقة، أدركت أنه ليس هناك سبب ليثق بي شخص أو أثق أنا بأفكاري الوليدة. كل التغييرات التي تطرأ على نظام التشخيص يجب أن يكون العلم دافعها الأول، وأن تكون مبنية على أدلة غير متأثرة بأهوائي الشخصية أو أهواء غيري.

كانت طريقة إعداد دسم4-DSM-IV بحاجة لإثبات المراجعات والموازنات بين مختلف النتائج، وذلك بغرض حمايته من الفردانية، العشوائية، والابتكارات التشخيصية. ربما طلبنا إخضاع المقترحات التشخيصية الجديدة لمراجعة دقيقة للأدبيات، الغرض من ذلك أن نركز على مخاطرها ومزالقها. لذا، سيكون هناك إعادة تحليل للبيانات والتجارب الميدانية. كنا نتعمق بأي شيء خطير أو ليس له تبرير علمي واضح. اتضحت صحة حدسي بأن المعايير العالية ستقضي على كافة التغييرات، فلم تكن هناك بيانات علمية مقنعة لدعم ما وصل إلينا من مقترحات عديدة. كانت علوم الطب النفسي الأساسية تُقدِم، وبشكل يومي، أفكارًا مثيرة حول كيفية عمل الدماغ، لكن لم تترجم أي من هذه الأفكار، ولو بقدر بسيط، إلى كيفية تشخيص وعلاج المرضى.

كنت أعلم أن من واجبنا تجنب أي خطأ في دسم 4-DSM-IV، ولو كان تافهًا. لأن تأثير الدليل على المجتمع كان قويًا لصالحه، ولصالح المجتمع. فحتى ما يبدو مجرد تغيير طفيف، قد يقود إلى أثر كارثي. في الوقت الحالي، بدا أن دسم5-DSM-5 يتحضر للقيام بأخطاء فادحة جدًا. بشكل عام، ستخلق الاضطرابات التي روّج لها أصدقائي بكل سرور

عشرات الملايين من المرضى الجدد. تصورت كل هؤلاء الناس الأسوياء مأسورين بشبكة تشخيصية واسعة، وقلقت لأن معظمهم سيتناولون أدوية غير ضرورية لهم، ويحتمل أن تكون لها آثار جانبية خطرة. بينما تتطلع شركات الأدوية، على الجانب الآخر، إلى خلق أفضل الطرق لاستغلال المرضى الجدد والترويج للمرض.

كنت على وعي تام بالمخاطر، وذلك بسبب تجربة مباشرة مؤلمة. بالرغم من جهودنا في الحد من التجاوزات التشخيصية، إلا أن دسم4-DSM-IV تعرض لسوء استخدام أدى إلى خلق تضخم في التشخيص. رغم أننا كنا متواضعين في أهدافنا إلى حد ممل، دقيقين جدًا في منهجنا، متحفظين بجمود حول إنتاجنا، إلا أننا فشلنا في توقع أو تلافي حدوث وباء كاذب لثلاثة اضطرابات نفسية مختصة بالأطفال - وهي التوحد، تشتت الانتباه، واضطراب ثنائي القطب للأطفال. لم نقم بأي شيء لاحتواء التضخم التشخيصي الذي وسّع حدود الطب النفسي إلى ما هو أبعد من اختصاصه. فإذا اتضح أن ضرر دسم4-DSM-IV، الذي أُنجز بحذر، على الأرجح، أكثر من نفعه، فما هي الآثار السلبية المحتملة من دسم5-DSM-5 الذي أُنجز دون مبالاة، مدفوعًا بطموح وهمي كبير أنه سيكون «نموذجًا تحوليًا»؟

كانت المحكّات أكبر من أن أتجاهلها، سواء لمن وُصموا خطأً من المرضى الجدد، أو لمجتمعنا كاملًا. بسبب تضخم التشخيص، أصبح عدد كبير من الناس يعتمدون بإفراط على مضادات الاكتئاب، مضادات الذُهان، مضادات القلق، الحبوب المنومة، وعقاقير الألم. أصبحنا مجتمعًا يتكئ على الأدوية. واحد من كل خمسة أميركيين بالغين يتناولون على الأقل علاجًا واحدًا لمشكلة نفسية؛ ما نسبته 11% من البالغين في أميركا يتناولون مضادًا للاكتئاب، عام 2010[1]: كان هناك 4% من أطفالنا يتناولون المنشطات[2] بانتظام، و4% من المراهقين يتناولون مضادات الاكتئاب[3]، 25% من نزلاء دور المسنين يتناولون مضادات الذُهان[4]، وارتفع معدل استخدام المنشطات النفسية في كندا بين عامي 2005 و2009 بنسبة 36%، بينما ارتفع معدل استخدام مضادات الاكتئاب من نوع مثبطات ارتجاع السيروتونين الانتقائية بنسبة 44%[5].

تسبب التشخيص الفضفاض بزيادة محلية في جرعات الأدوية. حيث بلغت نسبة الأميركيين المدمنين على الأدوية الموصوفة 6%، كما ارتفعت نسبة الوفيات وزيارات غرف الطوارئ جرّاء فرط تناول الأدوية الموصوفة بنسبة أكبر من تلك الناتجة عن

تعاطي المخدرات غير الشرعية[6]. فحينما تُصرف منتجات شركات الأدوية دون مبالاة، فإن خطورتها تعادل خطورة ترويج المخدرات. على سبيل المثال، منذ 2005 تضاعف، وبشكل ملحوظ، عدد وصفات الأدوية النفسية للجنود العاملين إلى ثمانية أضعاف. يتناول حوالي 110.000 جندي على الأقل دواء نفسي واحد، والكثير منهم يتناولون أكثر من دواء واحد، ويموت المئات كل عام بسبب جرعات زائدة غير مقصودة[7].

تُشكّل الأدوية النفسية في وقتنا الحالي مصدر كسب لشركات الأدوية، ففي عام 2011 حصدت مبيعات مضادات الذهان أكثر من 18 مليار دولار (ما يعادل 6% من مبيعات الأدوية عامة)، وحصدت مبيعات مضادات الاكتئاب 11 مليار دولار، وما يقارب 8 مليار دولار[8] لأدوية اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. وقد تضاعف الإنفاق على مضادات الذهان ثلاثة أضعاف[9] بين عامي 1988 و2008[10]. بينما تضاعف استخدام مضادات الاكتئاب خلال الفترة نفسها بمقدار أربعة أضعاف. علاوة على ذلك، أصبحت وصفات الأدوية النفسية تُصرف عبر الطبيب الخطأ. ما نسبته 80% من وصفات الأدوية النفسية يكتبها أطباء الرعاية الأولية ممن تلقوا تدريبًا متواضعًا على استخدام هذه الأدوية بشكل سليم، ومردّ ذلك إلى الضغط الذي يقع عليهم من قبل مندوبي مبيعات شركات الأدوية والمرضى المُضلّلين، يحدث ذلك في زيارة سريعة مدتها سبع دقائق ودون فحص نظامي للحسابات[11].

هناك أيضًا سوء توزيع للموارد، فتُقدم خدمات علاجية للأسوياء ممن يعانون من مشاكل طفيفة، لكنهم ليسوا بمرضى حقيقيين، فيتأذون من هذا العلاج غير المبرر؛ بينما يُقدم القليل من هذه الخدمات العلاجية للمرضى الفعليين، ممن هم بأمس الحاجة لها. ثلث من لديهم اكتئاب شديد لا يتلقون العلاج، والكثير ممن يعانون من الفصام ينتهي بهم المطاف في السجون. الرسالة التي ينبغي قراءتها والتنبه لها قبل فوات الأوان هي: أن السواء في أمس الحاجة للإنقاذ الآن، بينما يحتاج المرضى للعلاج بشدة. لكن يبدو أن دسم-5 يسير في الاتجاه الخطأ، بإضافته تشخيصات نفسية جديدة قد تجعل من أمور معتادة كالقلق اليومي، النسيان، وعادات الأكل السيئة اضطرابات نفسية. بينما يُتجاهل المرضى الحقيقيين، ينشغل الطب النفسي بتوسيع حدوده ليشمل الكثير ممن يصنفون كأسوياء وليسوا مرضى.

يقال إن الطريق إلى الجحيم معبّد بالنوايا الحسنة والعواقب السيئة غير المقصودة. صُدمت بالحماس الساذج لدى العاملين على إعداد دسم-5. فما رأوه فرصًا ذهبية، رأيته

مخاطرًا جسيمة. فمن الممكن أن يؤذي التضخم التشخيصي صحة الأفراد والمجتمع.

أكثر محادثة مزعجة كانت مع أحد أصدقائي القدامى في الطب النفسي، رجل يتسم بالحكمة والخبرة والأمانة، وكرس كل حياته العملية لتقليل المعاناة الناجمة عن الفصام. كان مقتنعًا بأن دسم-5 قادر على إحداث فرق جوهري عن طريق استحداث تشخيص جديد باسم: «متلازمة خطر الذهان»، الذي سيشجع على الكشف المبكر وتقديم العلاج الوقائي للصغار الذين يحتمل إصابتهم بالفصام لاحقًا. كان صديقي يرغب بتقديم درهم وقاية ربما يُغني عن قنطار العلاج لاحقًا. فمتى ما أصيب الدماغ بالضرر فعلًا، يصبح من العسير إعادته إلى السواء مرةً أخرى، فكلما ازداد نشاط الدوائر العصبية المُنتجة للضلالات والهلاوس، كلما صعُب إيقاف عملها. فإذن، لم لا نمنع الإصابة بالفصام كليةً، فإن فشلنا بمنعه تمامًا كما نأمل، نكون قد قللنا من وطأة هذا المرض على الأقل.

كان هدف صديقي نبيلًا بلا شك، لكن كان هناك خمسة مخاطر تقف ضد هدفه. الخطر الأول: معظم من يُشخص بهذا التشخيص المخيف «الخطر الذهاني» سيتعرض لسوء التصنيف، ففي المسار الطبيعي للأحداث لن يصاب بالذهان إلا القلّة. الخطر الثاني: ما من طريقة مثبتة للوقاية من الذهان، حتى لمن لديهم خطر مرتفع للإصابة به. الخطر الثالث: عديد من الناس سيعانون من الأضرار المباشرة، فتناول مضادات الذهان من دون داع قد يسبب السمنة، السكري، أمراض القلب، وتقليص معدل سنوات حياة الفرد. الخطر الرابع: التفكير والقلق من وصمة العار سببها الافتراض المضلل بأن الإصابة بالذهان واردة في أي لحظة. الخطر الخامس: منذ متى كان وجود المخاطر يعني الإصابة بالمرض؟ حاولت تغيير رأي صديقي لكنني فشلت. فقد خرج مسمى «الخطر الذهاني» للعلن. من المؤكد أن حلم صديقي سيتسبب بكابوس من العواقب الكارثية غير المقصودة.

بينما أتجول في الحفل، لقيت العديد من الأصدقاء ممن يعملون على دسم-5، وأسوة بصديقي كانوا أيضًا في غاية الحماس لابتكارات ظريفة، وسرعان ما اكتشفت أني مؤهل شخصيًا للعديد من الاضطرابات الجديدة التي اقترحوا إضافتها لدسم-5. إلتهامي للروبيان اللذيذ والأضلاع كان «اضطراب نهم الأكل». نسياني للأسماء والأوجه سيغطيه دسم-5 تحت مسمى اضطراب عصب-ذهني طفيف. أما قلقي وحزني فسوف يكون «اضطراب قلق/ اكتئاب» متفاوت. الحزن الذي شعرت به حين وفاة زوجتي كان «اضطراب الاكتئاب الكبير». أما ما عُرف عني من فرط نشاط وسهولة تشتت كان علامة «اضطراب فرط الحركة

وتشتت الانتباه عند الكبار». بعد ساعة من الثرثرة مع الأصدقاء القدامى، خرجت بخمسة تشخيصات جديدة. ودعونا لا ننسى حفيديّ التوائم البالغين من العمر ستة أعوام، فنوبات الغضب لم تعد مزعجة وحسب، بل أصبحت «اضطراب انضباط المزاج».

لقد اتضح أن دسم-5 سيخلق الفوضى. فما العمل؟ سبق وأن رفضت عدة دعوات للإدلاء برأيي حول هذه المسألة. لسنوات كان بوب سبيتزر- المبتكر النفسي العظيم- الذي كان له الفضل الأكبر في تأسيس دسم-3 يطلق تحذيرات شعبية مسموعة. فقد انزعج من قيام اتحاد الطب النفسي الأميركي بإجبار العاملين على دسم-5 توقيع اتفاقية سرية لحفظ الملكية الفكرية للاتحاد. يجب ألا تكون عائدات النشر أهم من الشفافية اللازمة للخروج بدليل تشخيصي وإحصائي موثوق وبجودة عالية. كنت أعلم أن بوب على حق. مرارًا كان يطلب دعمي له في جهود لوضع دسم-5 على الطريق السليم، لكني وبكل خجل، رفضت مرارًا أن أدلي برأيي. طوال حياتي كنت أميل إلى تجنب الجدال، ولم أكن راضيًا عن ذلك. شعرت أيضًا بأن التعليق على نتائج من خلفني في العمل، أمر سيىء. إضافة إلى ذلك، كنت أعلم أن بوب سيقاتل دون ملل، وباستطاعته مجابهة المناظرات العامة.

في نهاية الأمر، تمكّنت منّي تلك المحادثات المزعجة في الحفل، وأجبرتني على دخول المعركة. لم تكن المسألة إنجاز دسم-5 ضمن عملية مغلقة وسرية فحسب، بل ما يحتمل أن ينتج عن ذلك من عواقب خطيرة. فمثلًا، إن أضيف مسمى «الخطر الذهاني» إلى دسم-5، فقد يصاب أطفال أبرياء بالسمنة ويموتون بشكل مبكر جراء تناولهم لأدوية غير ضرورية صرفت لتشخيص كاذب. كان دسم-5 في طريقه لخلق مشكلات تتعلق بالصحة العامة، وللناس حق بإبداء رأيهم في هذا الشأن. أدركت أن الانزواء والتحجج بأن بوب قادر لوحده على القيام بتلك المهام الثقيلة تصرفٌ أناني وجبان. وأدركت أنني إن خاطرت، سأخاطر بصداقاتي، وأقطع علاقاتي مع مؤسسات الطب النفسي الرسمية، وأهجر شاطئي الحبيب. صدف أن جانيت ويليامز زوجة بوب وأحد المتعاونين في دسم-3، كانت حاضرة لهذا الحفل. سرت نحوها وأخبرتها أن بإمكان بوب أن يضمني لمشروعه. فقد كان دسم-5 أهم من أن يترك بأيدي مجموعة من «المتخصصين» ممن حسنت نواياهم وضلّت دروبهم.

وبعد مرور أربع سنوات. تحدثت خلالها مع قيادة اتحاد الطب النفسي الأميركي، وكتبت أربع رسائل تحذيرية لأمنائه، نشرت عددًا لا يحصى من المدونات والكثير من

المقالات الافتتاحية والأوراق العلمية، ألقيت محاضرات في عدد من الاجتماعات المهنية والعامة، حذرت على الراديو والتلفاز من مخاطر وصم دسم-5 للأسوياء بأنهم مرضى، ومن مخاطر التضخم التشخيصي، والتشجيع على إساءة استعمال الأدوية. لم أكن وحدي في محاولة إنقاذ السواء. فقد علت أصوات العديد من الأفراد ومنظمات الصحة النفسية والمجلات المهنية والصحافة. كان هناك تأثير إيجابي فقد تخلى دسم-5 أخيرًا عن بعض أخطر مقترحاته. لكننا فشلنا بشكل عام. لقد دفع دسم-5 بالتشخيص النفسي نحو الاتجاه الخطأ، وسيخلق أوبئة جديدة كاذبة، وسوف يعزز للمزيد من إساءة استعمال الأدوية النفسية. كان بالإمكان أن يكون الهدف السليم لدسم-5 تقييد التشخيص وتقليص التضخم التشخيصي، وليس الدفع بمزيد من التوسع غير المبرر في التشخيص والعلاج.

هذا الكتاب ردة فعل تجاه تلك التجاوزات، اعترافًا مني بالتقصير وشجبًا لهذه الممارسات، ونداءً حارًا للتغيير. فهو يقدم وجهة نظر يائسة لمطّلع وعالِم بما حصل من أخطاء، وفيه أيضًا خارطة طريق عملية للعودة لطب نفسي آمن ومتعقل. هدفي ليس إنقاذ السواء فحسب، وإنما إنقاذ الطب النفسي أيضًا. الطب النفسي مهنة نبيلة وأساسية، رنانة في جوهرها، وفعالة حينما تمارس على النحو السليم.

إن نتائجنا في الطب النفسي تطابق أو تفوق ما تحقق في معظم التخصصات الطبية[12]. ولكون تقديم الرعاية الصحية النفسية امتياز خاص، علينا معرفة مرضانا عن قرب، نواسيهم في أحزانهم، ونوجد الطريق لنساعدهم على النهوض بأنفسهم. نستطيع علاج العديد من المرضى، ومساعدة معظمهم، وتقديم التعاطف والنصيحة لأجمعهم. شرط ذلك أن يبقى الطب النفسي ضمن حدود قدراته وكفاءته، وأن يلتزم بما هو أفضل له، نساعد المحتاجين حقًا للمساعدة، ونمكّنهم من الاستفادة من جهودنا المقدمة. فليس من صميم عملنا تحويل الأسوياء إلى مرضى، وتجاهل المرضى الحقيقيين.

هذا التجاوز لا يختص به الطب النفسي وحده، فنحن لسنا سوى حالة خاصة من الغرور والخواء الذي يميز كافة تخصصات الطب في أميركا. اختطفت المصالح التجارية مؤسسات الطب لتقدم الربح المالي على مصالح المرضى، يغذي ذلك، وبصورة جنونية، فرط التشخيص والفحوص والعلاج. نحن ننفق ضعف ما تنفقه بقية الدول على الرعاية الصحية، مع ذلك ليس لدينا إلا عوائد متواضعة لنتباهى بها. بينما يتأذى البعض من مبالغات الرعاية الطبية، يبقى البعض الآخر دون رعاية في تجاهل مخزٍ لهم. كلّ من الطب

والطب النفسي بحاجة للترويض، التهذيب، إعادة صياغته، وإعادة توجيهه.

تتطلب الاضطرابات النفسية الحقيقية تشخيصًا فوريًا وعلاجًا فعالًا، فهي لا تتحسن من تلقاء نفسها، وتصبح مقاومتها للعلاج أكبر إن تركت دون علاج لفترة طويلة. أما مصاعب الحياة اليومية فأفضل علاج لها مرونتنا الطبيعية وقوى الشفاء بمرور الزمن. نحنُ مخلوقات قوية، ناجون من تعاقب عشرات آلاف من الأجيال، ممن اضطرتهم الحياة إلى عيش حياة غير مستقرة، وتجنب مخاطر يصعب تخيلها. هُيئت أدمغتنا وبنيتنا الاجتماعية للتعامل مع أصعب الظروف، فبإمكاننا إيجاد حلول لأغلب مصاعبنا الحياتية دون تدخل طبي، هذا التدخل الذي لطالما زاد الأمر سوءًا. فكلما انحرفنا إلى جعل السواء أميل إلى المرض، كلما فقدنا اتصالنا بقدرات الشفاء الذاتي الطبيعي، متناسين أن معظم المشاكل ليست بأمراض، ونادرًا ما تكون الأدوية هي الحل الأمثل.

ينطوي خطر عظيم على كتابة هذا الكتاب، لا يقل خطورة عن عدم كتابته. إن السيناريو المفزع بالنسبة لي أن يقرأ البعض هذا الكتاب بشكل انتقائي، ويخلصون إلى استنتاجات خاطئة مخالفة لما قصدته، أي: أنني ضد التشخيص النفسي والأدوية النفسية. فلربما تأثروا بنقدي للممارسات السيئة في هذا المجال، وغاب عنهم تمسكي الشديد بالطب النفسي حينما يمارس على نحو سليم. تعلمت من تجربة العمل على نظام دسم4_DSM_IV أن الكلمات التي يحتمل أن يُساء فهمها أو استخدامها الأرجح أنه سيساء فهمها واستخدامها، فعلى المؤلفين أن يقلقوا من العواقب، وليس فقط من نتائج فهم واستخدام كلماتهم بشكل لائق، بل مما ينتج من تشويه متوقع لهذه الكلمات. اُقتبست بعض كلماتي بشكل مضلل من قبل الساينتولوجيين، وجماعات أخرى تعارض الطب النفسي بشدة. وبالمثل، يمكن أن يساء استخدام هذا الكتاب من قبل هؤلاء لتثبيط المحتاجين للمساعدة. دعونا نفترض هذه السلسلة الافتراضية للأحداث، مثلًا، يحدث سوء فهم لرسالتي في هذا الكتاب، مما يحث بعض المرضى على ترك أدويتهم بشكل فوري، الأمر الذي يسبب لهم انتكاسًا يصاحبه سلوك انتحاري أو عنيف. رغم أني لن أكون مسؤولًا بشكل مباشر، إلا أن حدوث مثل هذا الأمر يشعرني بالفظاعة.

رغم هذه المخاوف الواقعية، إلا أنني قررت المضي للأمام وكتابة هذا الكتاب، وذلك لأن استعمال الأدوية النفسية بشكل مفرط في أميركا يفوق خطورة هذه المخاوف. كلي أمل أن يخدم الكتاب هدفين معًا: الأول: تحذير من يتناول أدوية دون ضرورة بأن

يتجنبها، وفي الوقت نفسه يُشجع المحتاجين أن يطلبوا المساعدة ويمضون فيها. نقدي موجّه بشكل مباشر نحو تجاوزات التشخيص في الطب النفسي فقط، وليس جوهر الطب النفسي أو روحه. في واقع الأمر، «إنقاذ السواء» و«إنقاذ الطب النفسي» هما وجهان لعملة واحدة. إن الطب النفسي بحاجة للإنقاذ من الاندفاع نحو ما يُخشى أن يسحقه. ويحتاج السواء لأن يُنقذ من القوى الجبارة التي تحاول إقناعنا بأن الجميع مرضى.

الهوامش

(1) Medco, «America's State of Mind» (2011). **http://www.toxicpsychiatry.com/storage/Psych%20Drug%20Us%20Epidemic.**

(2) S. H. Zuvekas and B. Vitiello, «Stimulant Medication Use in Children: A 12- Year Perspective,» **Am J Psychiatry** 169, no. 2 (2012).

(3) B. Vitiello, S. H. Zuvekas, and G. S. Norquist, «National Estimates of Antidepressant Medication Use Among U.S. Children, 1997–2002,» **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 45, no. 3 (2006).

(4) G. Epstein-Lubow and A. Rosenzweig, «The Use of Antipsychotic Medication in Long-Term Care,» **Med Health** R I 93, no. 12 (2010).

(5) T. Pringsheim, D. Lam, and S. B. Patten, «The Pharmacoepidemiology of Antipsychotic Medications for Canadian Children and Adolescents: 2005–2009,» **J Child Adolesc Psychopharmacol** 21, no. 6 (2011).

(6) Centers for Disease Control and Prevention, «Prescription Painkiller Overdoses at Epidemic Levels,»(2011); **http://www.cdc.gov/media/releases/2011/p1101_flu_pain_killer_overdose.html.**

(7) Kim Murphy, «A Fog of Drugs and War,» **Los Angeles Times, April 7, 2012, accessed September 16, 2012; http://articles.latimes.com/2012/apr/07/nation/la-na-army-medication-20120408.**

(8) **IMS Institute for Health Informatics**, «The Use of Medicines in the United States: Review of 2011» (2012).

(9) M.N. Stagnitti, «**Trends in the Use and Expenditures for the Therapeutic Class Prescribed Psychotherapeutic Agents and All Subclasses,** 1997 and 2004» (2007).

(10) Laura A. Pratt, Debra J. Brody, and Qiuping Gu, «**Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005–2008,**» in NCHS Data Brief (Hyattsville, MD, 2011).

(11) T. L. Mark, K. R. Levit, and J. A. Buck, «Datapoints: Psychotropic Drug Prescriptions by Medical Specialty,» **Psychiatr Serv** 60, no. 9 (2009).

(12) Stefan Leucht, «Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses,» **British Journal of Psychiatry** 200, (2012): 97–106 doi: 10.1192/bjp.bp.111.096594.

القسم الأول

السواء تحت الحصار

الفصل الأول

ما هو السواء، وما هو خلافه؟

«تقلّص معدل السواء حتى أصبح مجرد نسبة صغيرة».

تيل ويكيز

بادئ ذي بدء، نريد أن نعرف المقصد من إنقاذ السواء. ربما تتصور أن السواء كلمة يسهل إدراك معناها، فهي معتدّة بشعبيتها، ومطمئنة لتفوقها على اللا سواء. من الأجدر أن يكون تعريف السواء سهلًا، ويكون ابتغاءه طموحًا متواضعًا. لكن الأمر ليس كذلك. لقد حُوصرت حالة السواء وتقلصت بشكل محزن. فقد عجزت القواميس عن تقديم معنىً وافيًا؛ وتنازع الفلاسفة حول معناها، وقاستها الإحصائيات ويقيسها الأخصائيون النفسيون باستمرار، لكنهم فشلوا في صياغة معنى لها؛ يشكك الأخصائيون الاجتماعيون في عالميتها، ويشكك المحللون النفسيون في وجودها، أما أطباء العقل والجسد فمشغولون بالابتعاد عن حدودها. بدأت سطوة السواء بالتضاؤل بالكامل ـ فلو دققنا جيدًا لربما نجد أن كل واحد منّا مريض بشكل أو بآخر. ستكون مهمتي في هذا الكتاب إيقاف هذه التجاوزات التي لا تنتهي، وذلك من أجل إنقاذ السواء.

كيف عرّف القاموس حالة السواء؟

تلعب كلمة السواء دورًا في العديد من الميادين المختلفة. فقد بدأ ميلادها في اللاتينية في ساحة النجارة، ولا تزال تستخدم في الهندسة لوصف الزوايا الصحيحة والخطوط العمودية. ليس من المفاجئ إذن أن تعني حالة السواء أيّ عدد من هذه الدلالات التي ترمز للمنتظم، المعياري، المعتاد، الروتيني، النموذجي، المتوسط، الاعتيادي، الذي يُتوقع أن

يكون ثابتًا، عالميًا، شائعًا، ومطابقًا للتقاليد السديدة أو المألوفة. من خلال ذلك، وُصف السواء بالأداء السليم بيولوجيًا وسيكولوجيًا، أي: ليس مريضًا جسديًا ولا نفسيًا[1].

تأتي كافة تعريفات القاموس للسواء بصورة حشو وتضليل. لمعرفة ماهية السواء عليك أن تعرف نقيضه. لتخمّن ما هو تعريف اللاسواء في القواميس؟ هي تلك الأشياء غير السوية، غير المنتظمة، غير الطبيعية، غير النموذجية، غير المعتادة، أو تلك التي لا تطابق حالة السواء. وكأنك تطارد ذيلك، فكل مصطلح يُعرّف على نفس الوجه الذي يعرّف به نقيضه، إذ ليس هناك تعريف صادق لكلا الحالتين، وليس هناك خط تعريفي مفهوم بينهما.

تخلق ثنائية «السواء» و«اللاسواء» شعورًا بالإدراك المألوف، والمعرفة الكاذبة. نحن نفهم المعنى بصورة عامة، وعلى نحو غريزي، لكن فطريًا، نجد صعوبة في تثبيتها وتحديدها. وجود تعريف عالمي مبهم لن يحل مشاكل العالم الحقيقية.

ماذا تقول الفلسفة؟

لا شيء يذكر. بذلت الفلسفة جهدًا منقطع النظير لفهم المعنى العميق للمفاهيم الكبيرة مثل الواقع والوهم، كيف نعرف الأشياء، وما طبيعة الطبيعة الإنسانية، الحقيقة، الأخلاق، العدالة، الواجب، الحب، الجمال، العظمة، الخير، الشر، الفناء، الخلود، وقانون الطبيعة... إلخ. بشكل عام، ضاع معنى السواء في هذا الخلط الفلسفي- لعلها كانت كلمة عادية، غير مغرية بما يكفي ليُصاغ لها فكرة فلسفية عميقة.

انتهى هذا التجاهل أخيرًا عند محاولة عصر التنوير تطبيقَ الفلسفة على المشاكل اليومية الدنيوية. قدمته النفعية ابتداء، وكانت هي الموجّه العملي الوحيد لكيفية وضع حد ومتى يوضع هذا الحد بين «السواء» و«الاضطراب النفسي». ليس للافتراضات التوجيهية السوية معنىً عالمي، ولا يمكن أن تُعرف بدقة عبر الاستدلالات الفلسفية عديمة التأثير- فهي تتباين في عين الناظر وتتبدل بمرور الوقت، وتغير المكان، والثقافات. فهي تتبع الحد الذي يفصل بين «السواء» و«الاضطراب النفسي» والذي يجب أن يبنى ليس على منطق مجرد، بل على توازن بين العواقب السلبية والإيجابية التي تنشأ من خيارات مختلفة. اِسعَ دومًا إلى «خير عظيم لأكبر عدد ممكن»[2]. واتخذ قراراتك بناء على ما ينفعك قياسيًا.

لكن هناك شكوك لا يمكن إنكارها في حالة النفعية العملية، وأسوأ من ذلك أن هناك

قيمة خطرة ملغمة. إن عبارة «خير عظيم لأكبر عدد ممكن» تبدو عبارة عظيمة على الورق، لكن كيف ستقيس العدد وكيف ستقرر ماهية الخير؟ ليست مصادفة أن شعبية النفعية تقلصت في ألمانيا حاليًا، فقد منحها هتلر اسمًا سيئًا للأبد. إحصائيًا، وخلال الحرب العالمية الثانية، كان من الطبيعي للشعب الألماني أن يتصرف بطرق همجية، وكانت تعتبر غير سوية قبل أو خلال الحرب- لكنها كانت مبررة في ذلك الوقت على أسس نفعية كضرورة تقديم الخير الأعظم للعرق الأسمى. فإذن نقول، «السواء» الإحصائي (بناء على ما تواتر أنه) يُنذر بشكل سيىء من «سواء» مؤقت (هذا ما يجب أن يكون عليه العالم أو هكذا كان).

من المؤكد أن النفعية تعمي القيم الخيّرة وتلويها مع السيئة عندما تكون تحت سيادة الشخص الخطأ، لكنها تبقى الأفضل أو الموجّه الفلسفي الوحيد عندما نشرع بالمهمة الصعبة ونضع الحدود بين حالتي «السواء» و«اللاسواء» النفسية. وهذه هي المقاربة التي عملنا عليها في دسم5-5-DSM .

هل يمكن للاحصائيات أن تملي علينا معنى السواء؟

بعد التشوش الفلسفي واللغوي السابق، يأتي السواء ليهزم الإحصائيات. ربما يبدو ذلك مفاجئًا. ذلك لأن الإحصائيات تبدو موزونة لتعرّف السواء بتبديلها أسلوب التحليل من اللعب بالكلمات إلى اللعب بالأرقام. قد يأتي الجواب من شكل متناظر وجميل لمنحنى الجرس(*). متى ما قمت بقياس الأشياء، فلن تجد إجابة صحيحة قطعية ومكررة. هناك خطأ دائم في القياس إما أكثر أو أقل، وهذا ما يحول دون الحصول على الإجابة نفسها في كل مرة، مهما كنا حذرين في محاولاتنا ومهما كانت روعة قياسنا. إن من المستحيل، فطريًا، أن نثبت طبيعة أي شيء بدقة مطلقة. لكن سيحدث أمر مذهل وملحوظ إن تكبدنا العناء وقمنا بأخذ مقاييس كافية. رغم عدم وجود قراءة دقيقة أو متكهنة بشكل سليم، إلا أن إجمالي القراءات الإحصائية، تعد من أجمل المنحنيات، وتصنّف من ضمن المتكهن به. قمة المنحنى هو المقياس الأكثر شعبية، ثم الاحتمالات الأقل رجحانًا في كلا الجانبين بينما نبتعد عن المتوسط الذهبي.

(*) منحنى الجرس أو (منحنى بيل) يستخدم في وصف الرسم البياني لتوزيع الاحتمال الطبيعي. وقد اتخذ هذا المسمى لاحتواء الرسم البياني المستخدم لوصف التوزيع الطبيعي على خط جرسي الشكل.

يشرح منحنى الجرس الكثير عن كيفية عمل الحياة، وعن معظم الأشياء في الطبيعة واتباع الناس لأنماطهم وانحرافهم بديهيًا عن المتوسط. تقاس التصنيفات لكل سمة متخيلة في الكون بعناية داخل مجموعات بيانية ضخمة. المذهل أن «منحنى السواء» يُبرز لنا دومًا ما قد يبدو خليطًا من الأرقام. إلا أن هذا المنحنى هو من يمدّنا بقوة تكهن رائعة ودقيقة عن كل ما يهم الجنس البشري والعالم بشكل فعلي.

تتنوع السمات البشرية لدى كل واحد منّا سواء جسديًا، عاطفيًا، فكريًا، سلوكيًا، أو في طريقة تصرفنا، لكن تنوعنا ليس عشوائيًا على الإطلاق. نحن موزعون «كأسوياء» على منحنى جرسي معين لأي سمة تنتشر باستمرار في مجتمعنا. فمستوى الذكاء، الطول، الوزن، والسمات الشخصية كلها تجتمع حول المتوسط الذهبي مع تصنيف ناشز متناظر في كلا الجانبين.

أفضل طريقة لتلخيص ذلك اقتصاديًا ومنهجيًا هو الانحراف المعياري (SD)، مصطلح تقني يستخدم في الإحصاء لوصف الطريقة التي تنظم المقاييس نفسها بانضباط موثوق حول المتوسط. وجودك داخل انحراف معياري لمتوسط أعلى للطول (والذي يعني 10,5 للرجال في الولايات المتحدة، مع انحراف معياري لثلاث إنشات) يضعك في منطقة شعبية جدًا لتنضمّ إلى ما نسبته 68% من السكان- وما نسبته 34% سيكونون نوعًا ما أطول من الرجل العادي (أعلى من 6,1) وما نسبته 34% سيكونون أقصر (أقل من 5,7). وحينما تطول أكثر أو أقصر تصبح أقرب جدًا إلى النادرين، وتنعزل أكثر فأكثر عن أي جانب لمنحنى الجرس. فقط ما نسبته خمسة بالمائة من السكان ينزلقون عبر أكثر من انحرافين معياريين- وفي هذه المنطقة النائية لدينا ما نسبته (2.5) من الرجال الطوال فعليًا (أطول من 6,4) وما نسبته (2،5) من الرجال قصار القامة (تحت 5,4). هذه هي منطقة منحنى الجرس في ذروة اليمين وذروة اليسار، بعيدة تمامًا عن المتوسط الذهبي الشعبي. لنفترض أننا أخذناها لأبعد، ومضينا إلى ثلاثة انحرافات معيارية- نحن هنا في منطقة متخلخلة فعليًا مع ندرة الرجال الذين هم أطول من (6,7) أو أقصر من (5,1)[3].

وهذا يحيلنا إلى السؤال الحاضر- هل بإمكاننا استخدام الإحصائيات بطريقة بسيطة ودقيقة لتعريف السواء النفسي؟ هل يمكن لمنحنى الجرس أن يكون موجّهًا علميًا لتقرير من هو السوي أو غير السوي نفسيًا؟ من ناحية مفهومية، الإجابة «لم لا»، لكن من الناحية العملية الإجابة «قطعًا لا». بشكل نظري، يمكن أن نقرر اعتباطيًا أن المضطربين بشكل

شديد (نسبتهم 5% أو 10%، أو 30% أو أيًّا يكن) وسيكون تعريفهم على أنهم مرضى نفسيًا، والبقية هم من الأسوياء. بعد ذلك يمكن أن نطور أدوات مسحية تسجل الجميع، تصيغ المنحنيات، تضع حد الخط، وتحدد من هم المرضى على ضوء ذلك. لكن بشكل عملي لا تتم الطريقة بهذه الصورة. هناك الكثير من الإحصاءات والسياقات والأحكام القيمية القادرة على إفساد حل إحصائي بسيط.

أولها، أن من يكونون على الجانب المقابل لأي حدّ سيكونون إلى حد ما، متشابهين ـ من السخف أن تصِم أحدهم بالمريض والآخر بالسليم. يُصنف الأشخاص الذين يتراوح طولهم بين 6,3 و6,4 بطوال القامة. فأي نسبة ستختار؟ إذا كان هناك قلة من الأخصائيين النفسيين في بلدٍ نام، فمن يعانون من اضطراب شديد سيصنفون مضطربين نفسيًا ـ لذلك ربما سيظهر الحد ليكون ما نسبته 1 % غير أسوياء. في مدنية نيويورك التي تعجّ بالمعالجين النفسيين، فالمستوى المطلوب للاضطراب يحدد جذريًا وربما يوضع الحد على نسبة 30% أو أكثر. هنا تصبح النسبة عشوائية، ويفقد المنحنى الجميل كافة أساليبه المرشدة للمكان الذي يفترض أن نضع فيه الحد.

علينا التصالح مع عدم وجود أي معيار بسيط يقرر إجابة للسؤال عن حجم اللاسواء بيننا. يخبرنا المنحنى السويّ عن توزيع كل شيء، بدءًا من الكوارك (جسيم دون ذري) إلى حيوان الكوالا، لكنه لا يُملي علينا من أين يبدأ السواء وينتهي اللاسواء. إن الذهان الصاخب بعيد تمامًا عن المتوسط، عمّتك تيلي تستطيع أن تدرك أنك مريض نفسي، لكن كيف تُقرر ما إذا كان القلق اليومي أو الحزن الحاد كافيًا لنعتبره اضطرابًا نفسيًا؟ هناك أمر يبدو في غاية الوضوح. على الوجه الإحصائي، من السخف أن نُبسّط الاضطراب بصورة مطاطية تجعل الشخص القريب من السواء مؤهلًا ليكون مريضًا. أليس من المفترض أن يكون الأغلبية أسوياء؟

ماذا يقول الأطباء عن السواء؟

حتى أواخر عقد 1880 كان الطب يُدار عبر مبدأ أن الصحة والمرض تُحدد بالأخلاط الدموية الأربعة للجسد وهي الدم، البلغم، المرة الصفراء، والسوداء. يبدو ذلك ظريفًا وساذجًا في الوقت الحالي، لكنها كانت من أكثر أفكار الإنسان صمودًا (أكثر من الإيمان بدوران الشمس حول الأرض). النظرية الخلطية هي اعتقاد شائع لمئات الأجيال من

الأذكياء في العالم ممن هيمنوا على الممارسة الصحية لأربعة آلاف سنة. كان جواز العبور إلى السواء هو تحقيق التوازن التام والتناغم في سوائل الجسد، دون زيادة أو نقصان. فقط عند أواخر القرن التاسع عشر، جاءت التطورات الهائلة في علم وظائف الأعضاء، وعلم الأمراض، وعلم الأعصاب لتقودهم إلى التخلي عن النظرية الخلطية أخيرًا واعتبارها من الفضول الطبي الرجعي الغابر[4].

لكن بصرف النظر عن تلك الغرائب المعترف بها، لم يقدم الطب الحديث على الإطلاق تعريفًا عمليًا «للصحة» أو «المرض» جسديًا ونفسيًا. حاول العديد ولكنهم فشلوا جميعًا. نأخذ على سبيل المثال تعريف منظمة الصحة العالمية[5] «الصحة هي حالة السواء الجسدي والنفسي، إضافة إلى الاجتماعي، وليس مجرد غياب العجز». من يجرؤ منّا على ادعاء الصحة والسواء إذا أخذ بهذه المعايير المستحيلة؟ تخسر الصحة قيمتها كمفهوم عندما ينعدم الحصول عليها ويعتبر كل واحد مريض جزئيًا على الأقل. يستوي هذا التعريف مع الثقافة أيضًا والأحكام القيمية الحساسة. من يمكنه تعريف السواء «التام» جسديًا ونفسيًا واجتماعيًا؟ هل الشخص مريض لأن جسده يتألم من العمل الجاد أم لأنه يشعر بالحزن بعد خيبة أمل، أم أنها ضغينة عائلية؟ وهل الفقراء مرضى فطريًا لأن لديهم موارد أقل لتحقيق السلامة التامة المتطلبة «للصحة»؟

تركز التعريفات الواقعية الحديثة للصحة ليس على قابلية تحسين الحياة، بل على انعدام وجود مرض بعينه. هذا أفضل، لكن ليس هناك تعريف دلالي للمرض الجسدي ولا يوجد على الإطلاق تعريف يُعمل به زمنيًا، مكانيًا، ثقافيًا. كيف نقرر ما هو طبيعي في الحالات المزمنة مثل ضغط الدم، الكوليسترول أو نسبة السكر في الدم، أو كثافة العظام؟ هل النمو البطيء لسرطان البروستاتا لشخص كبير في السن يعالج ويشخص بعناية كمرض أو يترك لأن تجاهله أقل خطورة من علاجه؟ هل متوسط النسيان المتوقع الذي يحدث في سن الشيخوخة هو مرض الخرف أم أنه مصير حتمي للعقل أن يشيخ؟ هل كل طفل قصير هو قصير أم أنه بحاجة لحقن هرمونية؟[6].

لم لا يوجد فحوص مخبرية لتعريف السواء في الطب النفسي؟

إن العقل البشري هو أعقد ما عُرف في هذا الكون. فالعقل يحتوي على 100 مليار عصبون، وكل واحد منها متصل بألف عصبون آخر، لتكوّن ما مجموع حاصله 100

ترليون اتصالات مشبكية، في كل ثانية تعبر متوسط 1000 إشارة أي من هذه المشابك، وكل إشارة تتشكل عبر 1,500 بروتينات تتوسط عبر واحدة أو أكثر من عشرات النواقل العصبية[7]. تطور الدماغ هو احتمال غير مرجح أيضًا، هو معجزة من خلايا متسلسلة ومعقدة. حتى العصب يحتاج أحيانًا أن يجد المنطقة المناسبة لعمل الاتصالات المناسبة. بالنظر إلى كل الخطوات المعطاة وكل الأشياء الممكنة التي يمكن أن تُفضي إلى الخطأ، ربما نضع الرهان هنا على قانون ميرفي–Murphy's Law ونظرية الفوضى، فالاحتمالات تبدو مكدسة أمام أداء الدماغ السوي. الشيء الغريب والرائع أننا نعمل كما لو أننا نعمل على نتيجة غير محتملة لهندسة الحمض النووي التي يجب أن تحقق ترليون وترليون من الخطوات. لكن أي نظام معقد بشكل عال سيكون له علل متقطعة من الفوضى. قد تمضي الأمور إلى خراب بعدة أساليب لإنتاج أي مرض، والذي يجعل الأمر صعبًا على علوم الطب لاتخاذ خطوة هائلة.

أبرز تقدمان مذهلان في تاريخ علم الأحياء بأكمله، هو كشف الستار عن عمل الدماغ البشري، وكسر الشفرة الوراثية. لم يكن لأحد أن يتوقع أننا يمكن أن نصل لهذا الحد من العلم وبهذه السرعة. لكن كان هناك أيضًا خيبة عظيمة. فبالرغم من أننا تعلمنا الكثير عن عمل الدماغ الوظيفي، إلا أننا لم نكتشف بعد أساليب لترجمة العلم الأساسي إلى الطب النفسي السريري. لم ترشدنا الأدوات الجديدة الهائلة في علم الأحياء الجزيئي والوراثة، إضافة إلى التصوير الدماغي إلى فحوصات مخبرية للخرف، الاكتئاب، الفصام، ثنائي القطب، الوسواس القهري، أو أي اضطراب نفسي آخر. إن التوقعات التي تُظهر احتمالية وجود جين بسيط أو ناقل عصبي، أو تفسير للدوائر الكهربائية لأي اضطراب نفسي لم تكن إلا توقعات ساذجة ومضللة.

لا زلنا نفتقر إلى فحص مخبري وحيد في الطب النفسي. ذلك لأن التباين الكبير موجود دائمًا في نتائج فئة الاضطراب النفسي لا بينه وبين السواء أو الاضطرابات النفسية الأخرى، ولا يوجد أي من النتائج البيولوجية الواعدة لتؤهل كاختبار تشخيصي. لقد وفر لنا الدماغ فرصة معلقة، فلم تخرج آلاف من الدراسات على مئات من العلامات البيولوجية المفترضة بشيء يذكر. لم هذه الفجوة الفاصلة، فهناك الكثير من المعرفة والقليل من المنفعة العملية؟ كما صاغها روجر سبيري في خطابه عند حصوله على جائزة نوبل للطب: «كلما تعلمنا أكثر كلما أدركنا أكثر فرادة التعقيد الذي يتمتع به فكر كل شخص، لنصل إلى

خلاصة قوية مفادها أن الفردانية المتأصلة في أدمغتنا تجعل من بصمات الأصابع وملامح الوجه عامة وبسيطة عن طريق المقارنة»[8]. سيكون استخلاص الميكانزمات المتباينة والمتنوعة للاضطراب النفسي عملًا أبديًا. ولن يكون هناك مسلك واحد للفصام، ربما سيكون هناك عشرات، ربما مئات أو ألوف.

يكشف الدماغ عن أسراره ببطء، وبحزم صغيرة جدًا. كل اكتشاف مثير يتبين أنه مجرد نكتة، إذ لا يقدم لنا أي إجابات بسيطة، بل نادرًا ما يتكرر كاملًا في الدراسات المقبلة ليكشف عن تعقيدات متنوعة دون تفسيرها. أشبهه بالبيسبول، فلا وجود لجائزة جراند سلام ولا تقدّم في هذا العمل، مجرد بضع اكتشافات وأحيانًا اكتشاف واحد. لا يعد ذلك قفزة واحدة إلى الأمام، بل عمل يسير ببطء. لن يكون لدينا أهداف بيولوجية لنضع حدًّا بين السواء والاضطراب النفسي إلا إذا فهمنا الميكانزمات المتعددة المسببة لمختلف الاضطرابات النفسية. ولن يكون هناك نيوتن ولا آينشتاين أو داروين لتقديم نظرية بيولوجية ضخمة وموحدة عن السواء والاضطراب النفسي، فقط علماء صبورون يعملون لعقود لتوضيح كل جزئية صغيرة من لغز ضخم من الجزيئات الهائلة. إن اُكتشفت أسباب الاضطراب النفسي ستكون (مثل سرطان الثدي) ستشرح نسبة بسيطة من الحالات. الخطوة الحقيقية الأولى في التقدم ستكون عبر فحص مخبري للألزهايمر، ربما ستكون متوفرة في السنوات القليلة المقبلة على الإنترنت.

إن غياب الفحوصات البيولوجية سلبية ضخمة للطب النفسي. مما يعني أن كل تشخيصاتنا الآن مبنية على أحكام ذاتية، وهي بدورها قابلة للخطأ وعرضة للتغيرات المتقلبة. مثل أن تُشخص الالتهاب الرئوي دون إجراء أي فحوص للفيروسات أو البكتيريا التي تسبب أنواعًا مختلفة من الالتهابات الرئوية.

هل يمكن لعلم النفس أن ينقذنا؟

للأسف لا. بإمكاننا عمل اختبارات نفسية على أشخاص إلى أن يُرهقوا وتعمى أبصارهم، وسيكون أمامنا الكثير لنضع حدًّا بين السواء وعدمه. إن محدودية معظم الاختبارات المستخدمة من الأخصائيين النفسيين يعود إلى أن توزيع نتائجها يتبع صديقنا القديم، منحنى الجرس الطبيعي. يمكن أن تخبرنا الاختبارات بدقة بالغة أين يصنف شخص معطى من جهة مجموعته المقارنة، إلى جانب أن معرفة وضع الانحراف المعياري

المرتبط بالمتوسط سيكون له على الأغلب قيمة تكهن معتبرة. لكن الاختبار لا يخبرنا إجابات قطعية لمعنى السواء. فذلك يتحدد من خلال السياق، لا من نتيجة الاختبار.

لنأخذ اختبار الذكاء، هناك منحنيين معياريين تحت متوسط المئة مما يضعك عند درجة 70 ويُتوقع أن يكون لديك صعوبات في المدرسة والحياة. أما الانحرافان المعياريان الأعلى من الطبيعي سيضعانك على درجة 130 ويُتوقع لك نجاحًا أكاديميًا ومهنيًا. لكن ما من سبب لتعتقد أن حصولك في اختبار الذكاء على درجة 70 يختلف عن 71 أو حتى 75[9]. هناك خطأ الخمس نقاط في قياس الامتحان، فربما تتداخل العديد من العوامل مع الاختبار الأمثل، فبعض الأشخاص يؤدون في الحياة أفضل بكثير أو أسوأ مما توقعته نتيجة اختبار الذكاء لهم.

اختيار درجة 70 كإجابة قطعية لنوع القدرة الفكرية المختلة هو اختيارعشوائي بالطبع، ولا أهمية له سوى تحديده لأقل نسبة 2,5% من السكان. هؤلاء الأفراد مؤهلون في الغالب للحصول على خدمات خاصة وإعفاءات لا تلزم غيرهم. لكن لا يوجد شيء مقدس في هذين الانحرافين المعيارين تحت درجة 100 في اختبار الذكاء، فدرجة 70 ليس لها معنى حقيقي في العالم. ربما يكون الانحراف لأعلى قليلًا أو للأدنى قليلًا معقول في نتائج الاختبار، بما يتناسب مع الحالة. إذا توفرت المزيد من الموارد، فيجب توفير الخدمات لمن درجتهم أعلى من 70 في اختبار الذكاء. في بعض المناطق يعدّ الأشخاص الذين يحصلون على درجة 70 أسوياء. فمن قال بأن هذين الانحرافين المعياريين هما إجابة قطعية، لم لا يكون انحرافًا واحدًا أو ثلاثة أو واحد ونصف؟ الاختيار عشوائي دائمًا ويقوده السياق لا الإحصائيات.

وهذا سبب ضياع التفسير. تقضي أحد القرارات البغيضة للمحكمة العليا بأن من غير الدستوري أن يُعدم أي شخص يعاني من تخلف عقلي. فهنا الحياة مقابل الموت تعتمد على انعدام فارق سخيف وسطحي لدرجة اختبار 70 بدلًا من 71[10].

ماذا يحدث لو طبقنا قطعيات الانحرافات المعيارية (نسبة 2,5) في الطب النفسي وفجأة تطلب إبعاد أصحاب تلك النسبة من المتوسط الذهبي للصحة النفسية قبل أن يؤهلوا لتشخيص اضطراب نفسي. سوف يُقصى الأطباء النفسيون والعاملون الآخرون في الصحة النفسية في الغالب من هذه المسألة، وعليهم أن يجمعوا تأمين البطالة. قبل مائة عام، كان

الطب النفسي مقتصرًا على الأمراض الشديدة التي تتطلب إيواءً في المستشفيات، وقليل من الأشخاص كانوا موظفين للعناية بهم. عملنا منذ ذلك الوقت على منحنى جرسي أقرب للمتوسط- وبالتالي ما نسبته 20 إلى 25% يعتبرون حاليًا مرضى نفسيًا، ولدينا أكثر من نصف مليون شخص يعتنون بهم. باستخدام نموذج الاختبار النفسي يمكننا أن نقارن بدقة كل شخص بآخر، لكننا لا نستطيع أن نقرر ما إذا كنا سنضع خطًا بين السواء واللاسواء على ما نسبته 2,5 أو 25 % من السكان.

هل يملك علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا الإجابة؟

مرة أخرى، لا. فالعادات البشرية حول العالم مختلفة بشكل كبير عبر الزمان والمكان والثقافات ليكون هناك إجابة واضحة لمعنى السواء فيما بينهم. هناك مثلًا تباين بين مليون شخص أو نحو ذلك ممن جاعوا حتى الموت خلال حصار لينينغراد (بدلًا من كسر القاعدة وتناول البروتين المتوفر من لحوم البشر) وبين شعب غينيا الجديدة الأسوياء، الذين لن يترددوا في طبخ لحوم أو أكل أدمغة عدوهم المنبوذ. قبل مئتي سنة كان سن البلوغ هو العمر الطبيعي للزواج في كل مكان في العالم (ولايزال في بعض الأماكن) لكنه يعتبر الآن جريمة في مجتمعنا. طالت تجارب الحياة، حتى أصبح من الطبيعي الآن أن تتزوج في سن يتوقع أن تموت فيه.

المسلمات الثقافية هنا هي الاستثناء، مع وجود بعض الأعراف الثقافية المتينة (لا جريمة قتل داخل القبيلة، قيود زنا المحارم، هيكلة العائلة). تختلف الثقافات اختلافًا كبيرًا حول مفهومها للسواء لأنها تواجه تحديات أزلية. يتجنب الإسكيمو المعزولون جغرافيًا زواج الأقارب ويجدون من الطبيعي أن تهب زوجتك كرفيقة للغرباء العابرين. على النقيض، وضع الإغريق والعرب حديثًا أقوى القيود التي تمنع تعريض الإناث لأي جينات غريبة، حتى يكون ميراث الممتلكات تابعًا للأسلاف. يجد السكان الأصليون النمل مصدرًا طبيعيًا للغذاء لحاجتهم الماسة للبروتين، بينما يؤهل أكلها في لوس أنجلوس لاضطراب نفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي تحت مسمى بيكا. في السياق العام- يعتبر القتل بطولة وطبيعيًا عندما يرتكب ضد تهديد غريب، وشنيعًا وغريبًا عندما يحدث داخل القبيلة.

حتى في الزمن والمكان المعطى هناك معايير متضاربة. لأكثر من قرن مضى كان دوركايم[11] الأب الروحي لعلم الاجتماع، وقد وثّق، بإحصائيات مذهلة، الاختلاف

المتوقع بين السوي أخلاقيًا والسوي إحصائيًا. كل المجتمعات تحرم الجريمة، لكن الجريمة موجودة في كل مكان، وطبيعية من منظور إحصائي، لكنها غير طبيعية من منظور قانوني. تميل قيود المجتمعات لأن تحرم الانتحار أيضًا، لكن معدل الانتحار في كل دولة ثابت بشكل ملحوظ سنة تلو الأخرى، رغم أن الانتحار يعدّ أكثر قرار شخصي للإنسان. يمكن أن تثمن القسوة عند زعماء العصابات والشركات، لكنها ستأخذ أشكالًا مختلفة تمامًا، ربما يُكافأ ويُعاقب عليها بطرق مختلفة.

لم تأتي الروابط الصلبة الداخلية إلا لتكوّن ميولًا مختلفة في المعايير الجنسانية. فالذكور أكثر ميلًا للقتال من أجل الحب والمجد بما يتفق مع كفاحهم الوجودي للوصول إلى النساء، والدور البارز في الحرب مع القبائل الأخرى، والحاجة للصيد. أما الإناث فهن أميل فطريًا للتنشئة والتغذية. لكن هناك اختلافات فردية ضخمة بين الثقافات وهناك ما هو أبعد من أي ثبات طبيعي عندما يأتي الأمر لسلوك الذكر والأنثى. لذلك حتى الآن (إلى أن نجح الفيس بوك في مجانسة الكوكب في وحدة ضخمة داخل شبكة اجتماعية مملة) يعتبر السواء سرابًا اجتماعيًا، وليس هناك أي قاعدة للسواء.

ماذا عن فرويد؟

كان فرويد رجلًا ذكيًا، بُولغ في تقديره أثناء حياته، ثم بُخس حقه في وقتنا الحالي ثمنًا لذلك التقدير. كان تبصره في كيفية عمل العقل إما إصابة أو إخفاقًا للهدف، لكن من المؤكد أنه أصاب في تقديره للدور القوي للفطرة، إلى جانب غريزة اللاوعي في إرشاد أكثر السلوكيات اليومية سموًا وبساطة. ابتهج فرويد باكتشافه أوجه الشبه الخفية في الأحلام، الأعمال الفنية، الأساطير، والأعراض العصابية والذهانية لدى المرضى النفسيين. حيث استخدم الأحلام لكشف معنى الأعراض، والأعراض لكشف معنى الأساطير، كما استخدم خيالات مرضاه لتفسير هاملت وأوديب. تمكن من استخدام الأدب والأساطير لتفسير علل مرضاه، وبالمثل ساعدت علل مرضاه في شرح الأدب والأساطير.

يميل نموذج التحليل النفسي لأن يكون شاملًا بشكل تام، لكن هناك استثناء وحيد ملحوظ وهو عدم وجود مكان حقيقي للسواء. أكد فرويد على أساليب نكون معها جميعًا في نفس القارب. فلم يرى أي فارق نوعي كبير بين الفنان والمهووس. وكلاهما يشابه البقية في أحلامه عند النوم. يتوجب علينا جميعًا قمع الدوافع المحرمة، المتأهبة دومًا

للظهور في أحلامنا، أعراضنا، أو أعمالنا الفنية، فنحن مختلفون فقط في توازن القوى ووسائل التعبير. بالنسبة لفرويد، لا وجود لشخص سوي تمامًا، كل فرد عصابي ويمكن أن يستفيد من تبصره. أكثر ما يؤمل أن تحققه العلاجات الناجحة هو أن تحوّل بؤس العصاب إلى تعاسة إنسانية يومية. ليس هناك سواء، وليس هناك علامة قطعية تقول إن العلاج ضروري، أو متى يجب إيقافه[12]. المفارقة الكبيرة للعملية الشاقة للتحليل النفسي هي أن أفضل المرضى هم من ليسوا بحاجته في المقام الأول.

اللاسواء حالة يصعب تعريفها أيضًا

كان بروتوس إله البحر اليوناني يتحول شكليًا، عالم بالأقدار وعارف بأسرار الماضي والحاضر والمستقبل. لكن بروتوس كان مراوغًا ومترددًا في مشاركة علمه، إلا إذا استطاع أحد أن يمسكه أثناء نومه بينما ينجز هو سلسلة متوالية من التغيرات المرعبة التي يصعب احتواءها. فليس من السهل إحكام القبضة على أسد هائج يمكن أن يحوّل نفسه فجأة إلى ماء متدفق أو ثور هائج، أو أيّ شيء يخطر ببالك. بروتوس هو تجسيد لأشياء مراوغة، بعيدة المنال، مجهولة، متغيرة، وترفض التعريف الواضح.

«الاضطراب النفسي» و«السواء» مفهومان في غاية التلون - غير متبلوران، وغير متجانسان، مما يتعذر وضع حدود ثابتة بينهما. يتطلب تعريف الاضطراب النفسي بشكل عام وجود الضغوطات، العجز، الخلل الوظيفي، فقدان التحكم، أو السلبية. قد يبدو ذلك جناس، أكثر من كونه توجيهًا عمليًا. فما هي حجم الضغوط والعجز والخلل الوظيفي وفقدان التحكم والسلبية التي يمكن أن توجد وأي نوع منها؟[13] قمت باستعراض عشرات التعريفات للاضطراب النفسي (وكتبت واحدًا بنفسي في دسم5-5-DSM) ولم أجد في أي منها فائدة تذكر، لا في تحديدها أي الأعراض التي يمكن اعتبارها أعراض اضطراب نفسي، أو أي أعراض لا يمكن اعتبارها كذلك، أو في مسألة تقرير من هو مريض ومن هو غير ذلك[14].

ساهم انعدام وجود تعريف فعال للاضطراب النفسي بخلق فجوة في جوهر التصنيف النفسي. مما خلّف لنا لغزين دون إجابة، كيف نقرر ضمّ اضطراب إلى الدليل التشخيصي؟ وكيف نتخذ قرارًا بأن شخص ما، لديه اضطراب نفسي؟ أُعتبر اضطراب النهم لفترة ما خطيئة، فهل من الواجب أن يكون اضطرابًا نفسيًا الآن؟ هل الخرف بالنسبة للشيخوخة

يعد مرضًا أم مجرد تقدم في السن؟ هل ممارسة الجنس مع مراهقة يعتبر مجرد جريمة أم علامة على الجنون أيضًا؟ نحن نفتقر في تقييمنا لأي سبب معطى إلى التعريف العام للاضطراب النفسي كي يساعدنا على تقرير ما إذا كان سويًا أو مريضًا، مجنونًا أم سيئًا[15].

لم تأخذ الاضطرابات النفسية المدرجة في دسم5-5-DSM وضعها الرسمي خلال أي عملية حذف سديدة. بل دخلت للنظام وخرجت بسبب الضرورة العملية، حادثة تاريخية، نمو تدريجي، سابقة لزمانها، قصورها الذاتي، لكن ليس لأنها استوفت بعضًا من المجموعات المستقلة للمعايير التعريفية المجردة والعالمية[16]. ليس من قبيل المفاجأة إذن أن تكون اضطرابات الدليل التشخيصي والإحصائي خليطًا لا يملك اتساقًا داخليًا ولا خصوصية متبادلة. تصف بعض الاضطرابات حالات قصيرة المدى، وبعضها يصف شخصية مدى الحياة. بعضها تعكس بؤسًا داخليًا، وأخرى تعكس سلوكًا سيئًا، بعضها تستعرض المشاكل التي نادرًا ما تُرى عند الأسوياء أو تنعدم بينهم، وبعضها تسلط الضوء على المشاكل اليومية. تعكس بعض من هذه الاضطرابات افتقار التحكم الذاتي، والبعض الآخر يعكس أكثر من ذلك، بعضها جوهرية في الشخص، وأخرى تحددها الثقافة. بعضها تبدأ مبكرًا في الطفولة والبعض الآخر في مرحلة متأخرة من الحياة، تؤثر بعضها على التفكير، وأخرى على السلوك والعواطف والعلاقات الشخصية. بعض هذه الاضطرابات تبدو بيولوجية وأخرى سيكولوجية واجتماعية، بعضها تُدعم من آلاف الدراسات البحثية، وأخرى بالكاد يُنظر في أمرها، ينتمي بعضها إلى الدليل التشخيصي، وأخرى أُبعدت وربما يلزم محوها. بعضها عُرّف بوضوح، وأخرى لم تعرّف. وهناك تعديلات معقدة لكل هذه الاحتمالات المختلفة.

أسخر أحيانًا من أن الطريقة الوحيدة لتعريف الاضطراب النفسي أن نقول بأنه: «ما يعالجه الأطباء، بحوث الباحثين، يدرّسه المعلمون، وتدفع له شركات التأمين». للأسف هذا التعريف «العملي» ضعيف، مكرور، ويخدم ذاتيًا عادات الممارسة المتبعة بدلًا من توجيهها. كلما زاد عدد الأطباء النفسيين كلما ازدادت أوضاع الحياة التي تشق طريقها لتصبح اضطرابات نفسية. هناك فقط ستة اضطرابات سُجلت في الإحصاء الأولي للمرضى العقليين في منتصف القرن التاسع عشر، أما الآن فعددها يقارب المئتين. يظهر أن المجتمع يملك نهمًا (أو جوعًا) لقبول وإجازة الأمراض النفسية الجديدة التي تساعد على تعريف وتفسير مخاوفه البارزة.

هل الاضطرابات النفسية أساطير أم شيء آخر؟

قام بعض من منتقدي الطب النفسي المتطرفين بوضع يدهم على غموض تعريف الاضطراب النفسي، محتجين بأن مهنة الطب النفسي يجب ألا توجد في الأصل. فهم يجدون صعوبة في إيجاد تعريف واضح لها، فهذا، بالتالي، دليل على أن المفهوم ليس له معنى صالح- فإذا كانت الاضطرابات النفسية لم تُعرّف كأمراض طبية تشريحيًا فلا بد أن تكون مجرد أساطير، وليس هناك حاجة حقيقة للانشغال بتشخيصها. هذا الموقف هو أكثر ما يجتذب الليبراليين المهتمين بالحفاظ على حرية الاختيار للمريض مما يرونه فخاخ استعباد الطب النفسي. لقد أخذ «إنقاذ السواء» من قِبلهم إلى منطق متطرف، إذ ليس من المنطقي إطلاقًا أن جميعنا أسوياء.

يمكن لمنظّري الكراسي فقط الإيمان بهذه الازدواجية، دون وجود تجربة حقيقية معاشة، أو علاج للأمراض النفسية. مهما كانت صعوبة تعريف الاضطرابات النفسية، هي في أصلها واقع مرّ لمن يعانون منها ولمن يعتنون بهم[17]. إنقاذ السواء، كما استخدمه، لا يعني إنكار قيمة التشخيص والعلاج النفسي. على العكس، هو جهد لإبقاء الطب النفسي يعمل جيدًا ضمن حدوده المناسبة. فالتطرف في أي الجانبين له خطر مساو، كأن يكون هناك تعريف موسع لمفهوم الاضطراب النفسي لدرجة طمس السواء، أو يكون هناك توسع في تعريف مفهوم السواء إلى حد طمس الاضطراب النفسي.

أفضل طريقة لفهم جوهر الاضطراب النفسي، ماهيته وما دون ماهيته، هو أن تقارن الكرات والنداء على الضربات في نزاع ثلاثة حكام مختلفين. تتلخص معظم آراء نظرية المعرفة لآرائهم المتنافسة حول مدى جودة تمكّننا من إدراك الواقع.

الحكم الأول: «هناك كرات وهناك ضربات وأنا أسميهم كما هم»

الحكم الثاني: «هناك كرات وهناك ضربات وأنا أسميهم كما أراهم»

الحكم الثالث: «ليس هناك كرات ولا ضربات حتى أسميهم»

يؤمن الحكم الأول أن الاضطرابات النفسية «أمراض» حقيقية؛ بينما الحكم الثالث يعتقد بأنها «خرافات» خيالية؛ أما الحكم الثاني فيراها بين هذا وذاك، تركيبة مفيدة تقدم أفضل تخمين حالي لكيفية فرز الضغوط النفسية.

الحكم الأول لديه إيمان عظيم بقدراتنا على كشف الجوهر الحقيقي للأشياء. بالنسبة

له، ستكشف الاضطرابات النفسية قريبًا عن أسرارها عبر الدراسات العلمية. يشاركه هذا التفاؤل معظم الأطباء النفسيين البيولوجيين إلى ما يقارب خمسة عشر سنة مضت، باستثناء قلة تلاشت بسرعة كبيرة. فشلت بحوث بمليارات الدولارات في تقديم دليل مقنع بأن أي اضطراب نفسي هو كيان لمرض منفصل وسبب واحد[18]. ووُجدت عشرات الجينات المرشحة المختلفة، لكن تبيّن في الدراسات الاستقرائية أن جميعها مزيفة. تختلف الاضطرابات النفسية في مظهرها وسببها لكي تعتبر أمراضًا بسيطة؛ بدلًا من ذلك كل من اضطراب معرّف حاليًا سيتبين لاحقًا أنه أمراض متعددة. الآن، على الأقل الحكم الأول سمى الضربات[19].

يقدم لنا الحكم الثالث الرأي المضاد تمامًا ـ فهو الشكوكي يشك بإمكانية إمساك الرجل بالواقع المتلون من ذيله ومعرفة الأشياء كما هي. سيزعم بأن الاضطرابات النفسية ليست إلا «خرافات» مجردة ومؤذية أحيانًا، إذ تقيّد ظلمًا حرية الاختيار للمرضى النفسيين. فهو قلِقٌ من المنزلق الذي سيتوسع في النهاية ليصل لمجموعات الضعفاء[20]. بالطبع هناك سبب لهذا القلق، فقد اُنتهك التشخيص النفسي مثلًا لاحتجازه الوقائي للمغتصبين في الولايات المتحدة، واشتكي الفلاحون من الفساد في الصين، وسابقًا كان التشخيص النفسي ذريعة لاستضافة المعارضين السياسيين في الاتحاد السوفييتي.

من الحتمي طبعًا أن نقف ضد إساءة استخدام الطب النفسي من قبل قادة القانون والسياسة، لكن الحكم الثالث قد غالى كثيرًا في قضيته. الاضطرابات النفسية ليست «خرافة». على الرغم من عدم وجود «كيان مرضي» منفصل (لنقل مثلًا ورم دماغي أو جلطة)، لكن الفصام يقدم لنا عمق وطول مدى «انعدام الراحة» للمريض إلى جانب العجز والضغوط المستمرة. يمكن إدراك الأنماط المظهرية له بوضوح، ويمكن تشخيصه بصورة موثوقة، فهو مرض وراثي، له صورة مترابطة، مسار متوقع، يستجيب لعلاجات محددة. الفصام مرض حقيقي تمامًا ولم يخترعه أي طبيب نفسي لمن يعانون منه هم وأحبابهم.

أما الحكم الثاني فلديه إدراك أرسخ للواقع المتلون، والمفارقة أن ذلك بسبب فهمه وقبوله بإمكانية معرفتنا للاضطرابات النفسية بشكل جزئي. بالطبع الواقع «المتلون» يتغير شكله باستمرار ويصعب الإمساك به. وما من شك أن هناك فجوة هائلة بين الأشياء على صورتها، والأشياء كما ندركها، وهذا ليس فقط في الطب النفسي. فقط ما نسبته أربعة بالمئة من معرفتنا الكونية يمكن أن يدرك بالحواس، والبقية بقيت مسألة «مجهولة» لنا.

يتناقض العالم الكمي مع عالمنا لدرجة أن الفيزيائيين القادرين على تصور كل سماته رياضيًا لا يستطيعون إيجاد وسيلة للارتباط به. وكيف نجح الضوء بأن يكون موجة تتحول فجأة إلى جسيم فقط عندما نختار أن نراها بطريقة معينة.

إن الواقع المتلون لا يثبط عزيمة الحكم الثاني. فليس علينا أن ندرك تمامًا أو نفهم الطبيعة الكامنة لعالمنا كي نتفاوض حولها جيدًا. تتطور قوة الحواس والمنطق لدينا تدريجيًا، لأنها تعمل جيدًا في الحياة اليومية التي لا فلسفة فيها. إن بناء العقل للواقع ليس كاملًا، لكن لا غنى عنه، فهو سبيل لتنظيم الظواهر المذهلة في العالم.

الحكم الثاني «يسميهم كما يراهم». إن الاضطرابات النفسية ليست أمراضًا حقيقية كما يتمناها الحكم الأول، لكنها ليست خرافات خطيرة يخشاها الحكم الثالث. بدلًا من هذا هو يتبع شعار التواضع للنفعية البراغماتية. عين الحكم ثابتة على ما يعمل بشكل أفضل، لا يشتتها الاختزال البيولوجي أو الشك العقلاني. فهو يقبل أننا نبني إدراكًا مستمرًا ونجد معنى مؤقتًا ومفيدًا، لكنه ليس دقيقًا على الإطلاق. إن تصنيفنا للاضطرابات النفسية ليس إلا بُنية محدودة قابلة للخطأ، تسعى لإيجاد الحقيقة لكنها لم تجدها، وبقي ذلك أفضل أسلوب حالي لمواصلة البحوث حول علاج وأبحاث الاضطرابات النفسية.

الفصام بنية نافعة، ليس بخرافة، وليس بمرض. بل وصف لمجموعة معينة من المشاكل النفسية، وليس شرحًا لأسبابها. يومًا ما، سيكون لدينا الفهم الدقيق والمزيد من الأساليب المحددة لوصف هذه المشاكل المماثلة. لكن الفصام يعدّ عملًا قيّمًا في يومنا الحاضر. وكذلك بقية اضطرابات الدليل التشخيصي والإحصائي. إن من الجيد معرفة واستخدام تعريفات الدليل، لكن ليس إلى درجة جعلها مادية أو مقدسة[21].

تعريف الاضطراب النفسي حول العالم

ماذا عن صور الثقافة التي يحتمل تشوهها؟ هل تظهر الاضطرابات النفسية متشابهة في كل مكان، أم أن كل ثقافة تحتاج نظامًا تشخيصيًا خاصًا بها؟ تبدو الإجابة من الحجم الواحد الذي يناسب الجميع. رغم أن السلوك «السوي» متنوع عبر الثقافات إلا أن الاضطرابات النفسية موحدة إلى حد ما. وُصف الخرف المبكر، الذهان، الهوس، الاكتئاب، نوبات الذعر، القلق، اضطراب الوسواس القهري، واضطرابات الشخصية في السنوات الماضية وفي كافة الأماكن، وتُوجد اليوم في دراسات علم الأوبئة متى ما نُظمت

هذه الدراسات في العالم. عندما يختلف معدل الاضطراب (على سبيل المثال، يشخص السود غالبًا بالفصام في الولايات المتحدة) وذلك بسبب التحيز والمناطق الثقافية العمياء لدى أصحاب التقييم، وليس لاختلافات حقيقية في المرضى المقيّمين[22].

هناك نظامان تشخيصيان يتداخل استخدامهما حول العالم في الوقت الحالي -الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة دسم5-5-DSM (سيترجم قريبًا إلى حوالي اثنتي عشر لغة) والتصنيف الدولي الإحصائي العاشر للأمراض الذي طورته منظمة الصحة العالمية ICD-10 (ترجم إلى اثنين وأربعين لغة). هذا الدليل وهذا التصنيف متشابهان جدًا، وهذا ليس بأمر مفاجئ، إذا نظرنا للروابط المقربة جدًا. كلاهما في الواقع ليس إلا تعديلات ثانوية من الأساس (الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث-دسم3-DSM-III)، وكلاهما أُعدّا في نفس الوقت بمجهود عال من أجل تحقيق بعض التناغم. هناك تنافس بين الأنظمة كما يحصل مع أي روابط مقربة. حتى الآن الدليل التشخيصي والإحصائي هو الأكثر تأثيرًا، لكن أمامنا بضع سنوات قبل أن نحكم على الدليل التشخيصي الخامس أو التصنيف الدولي الحادي عشر (من المخطط أن ينشر عام 2016) فمن سيفوز بالجولة القادمة من المنافسة. في الوقت الحالي، المزايا النسبية للدليل التشخيصي والتصنيف الدولي واضحة إلى حد ما- فالدليل التشخيصي يستخدم غالبًا في الأبحاث، وتعادل أهميته العمل العيادي في الدول النامية، أما التصنيف الدولي فيكون أفضل عندما يكون النظام الأبسط مطلوبًا في العالم النامي[23].

السؤال المثير للاهتمام، لِم اكتسب هذان النوعان من أنظمة التشخيص تطبيقًا حول العالم من جميع الأجناس والثقافات؟ من الواضح أننا معشر البشر نتشابه أكثر مما نختلف، نشابه بعضنا البعض إلى حد بعيد، حينما نأخذ باعتبارنا تعريف السواء والاضطراب النفسي.

ليس هناك سبب جيني لاختلافات عرقية في الاضطراب النفسي. فكيف حدثت هذه الوحدة؟ مقارنة بالكائنات الأخرى، يوجد لدى البشر تجمع جيني متجانس بشكل ملحوظ. حيث تركز الأدلة الوراثية والجيولوجية على النظرية التي تؤمن بكارثة موت بشرية جماعية حدثت قبل حوالي 70,000 سنة، تسبب بها ثوران بركان ضخم فيما تسمى الآن إندونيسيا[24]. وقد قُضي على الجنس البشري بسبب تغير المناخ الطويل، ومعظمنا هم من السلالات المتقاربة من بضعة آلاف من الأزواج الناجين. مع كل ما تسببه الاختلافات

العنصرية من مشاكل، إلا أنها متجذرة بعمق، وينتج عنها اختلافات نسبية قليلة حول الكيفية التي تقُدم بها المشاكل النفسية والطبية نفسها.

تلعب الثقافة دورًا أكبر بكثير، لكنها تؤثر فقط على مظهر السطح. فبينما تشيع الاضطرابات الذهانية البسيطة، ومظاهر الأعراض الجسدية في الأجزاء الفقيرة من العالم، يتواجد مرض فقدان الشهية العصابي وتشتت الانتباه عند الأكثر ثراء. أعلم أنه من المحرج أن تكون حساسًا للاختلافات الثقافية في التشخيص والعلاج، لكنه ليس بالأمر الجلل لكي نأمر بنظام تشخيصي مختلف لأجزاء مختلفة من العالم. يتشابه الناس بشكل كاف جينيًا وثقافيًا لدرجة أن نظامًا تشخيصيًا واحدًا (سواء DSM أو ICD) لديه من المرونة ما يكفي ليناسب كافة الاحتمالات.

تعريف الاضطرابات النفسية الفردية

يتوازن سوء عجزنا عن وضع تعريف مناسب للمفهوم العام «للاضطراب النفسي» مع حُسن استطاعتنا في وضع تعريف لكل اضطراب من الاضطرابات النفسية. الطريقة التي قدمت من قبل دسم 3-DSM-III عام 1980، كانت طريقة بسيطة وفعالة. حيث أن كل وصف لاضطراب نفسي يصاحبه مجموعة معايير تندرج تحتها مصطلحات دقيقة للأعراض، وكم من الأعراض يتطلب وجودها، وما هي المدة المطلوبة، والتعريف المناسب. على سبيل المثال نوبات الاكتئاب الكبرى تُعرف بأنها خمسة أو أكثر من الأعراض التالية، تأتي مع بعضها لمدة أكثر من أسبوعين وتتسبب بكرب أو ضعف واضح، مزاج مكتئب، فقدان الشغف، انعدام للشهية، تقلبات في النوم، إعياء، هيجان، شعور بالذنب، صعوبات في التفكير، وأفكار انتحارية. دأب الأطباء النفسيون في كل مكان على استخدام ذلك كتعريف متفق عليه بالإجماع لأكثر من ثلاثين سنة. الاكتئاب السريري لا يشخص إذا كان هناك أربعة أعراض بدلًا من خمسة من تلك الأعراض المتشابهة، أو إذا ظهرت الأعراض لأسبوع واحد فقط وليس اثنين، أو إذا كان الضعف المسبب له ليس بالأمر الكبير. هناك ما يقارب مئتي مجموعة معايير في الدليل بمعدل مجموعة لكل اضطراب. أسست هذه المجموعات حدودًا تفصل الاضطرابات النفسية عن بعضها البعض وحدودًا تفصلها عن السواء. كل مجموعة معايير لديها أعراض تعرّف ذلك الاضطراب المعين (الذعر، القلق المعمم، الوسواس القهري، تشتت الانتباه، التوحد... إلخ) والبدايات المطلوبة

للاضطراب. عندما يتبع الأطباء تلك المعايير يصلون إلى اتفاق عقلاني. وبدونها يحدث ضعف في التوافق. يُصبح كل طبيب قانونًا لنفسه، والنتيجة ستكون بلبلة مربكة من تصادم أصوات متمايزة.

لكن هناك مأخذ. فالحدود التي ترسم الاضطرابات المختلفة أكثر ضبابية في الحياة الواقعية مما تظهر على الورق. لا يوجد شيء سحري أو معدّ مسبقًا لأي عتبة من عتبات الدليل التشخيصي - كأن تظهر ظلال رمادية بين ما يبدو نقاطًا سوداء وبيضاء قطعية. إن متطلب خمسة أعراض وأسبوعين لاضطراب الاكتئاب السريري يأتي من خيار عشوائي إلى حد ما، أكثر من كونه ضرورة علمية. بسهولة تامة، يمكن أن تُرفع النقاط الموضوعة لدرجة أعلى من ذلك، لنقل على سبيل المثال ستة أعراض وأربعة أسابيع لتشخيص الاكتئاب. إن طلبنا المزيد من العتبات يعني خسارة «التعاطف» (على هذا الأساس يمكن أن نفقد بعض المرضى ممن هم بحاجة إلى التشخيص)، لكن يمكن أن نكتسب «خصوصية» (تقلل من التشخيص الخاطئ للأسوياء). يتشابك التعاطف مع الخصوصية بشكل متبادل - فليس بمقدورك مساعدة شخص دون جرح آخر. هناك مفاضلة حتمية بينهما، مفاضلة تتطلب توازنًا معقولًا للمخاطر والمنافع، سواء في المبالغة أو القصور في التشخيص. يبقى القرار النهائي أين تؤسس هذه المعايير المطلوبة، إذ لم يقدم البحث أبدًا إجابة واضحة ومقنعة دافعًا بخيار عتبة واحدة ومحددة ليكون لها أفضلية على بقية الاحتمالات الأخرى.

حالما توضع مجموعة المعايير، يجب أن يكون هناك أسباب فعلية لتغييرها، وإلا لن يكون النظام عشوائيًا فقط بل مشوش وغير متسق. لكن هذا يقود إلى مشكلة. فالعديد من تصنيفاتنا ومداخلنا الحالية بُنيت قبل خمسة وثلاثين عامًا عندما كان تحقيق التعاطف أهم هدف، وفُقد العديد من الأشخاص ممن كانوا بحاجة للتشخيص. تغيرت الظروف الآن بشكل كبير، وخصوصية الفقر الآن هي الموضوع الأكبر. قبل دسم3-DSM-III كان هناك بضعة تشخيصات- أما الآن فلدينا العديد منها بسبب تضخم التشخيص. رفع شدة المرض ومدته من شأنه أن يساعد في «إنقاذ السواء» ويعالج التطرف في التشخيص-لكنه قد يخلق انعدام استقرار وتقليصًا للتعاطف. ليس هناك حل إيجابي في كلا الحالتين.

إن النهج الذي تعرّف به الاضطرابات عبر مجموعات المعايير، له مجموعة متأصلة من المقايضات التي يصعب تحقيق التوازن بينها- مثل «الموثوقية» و«الصلاحية». تعني الموثوقية وجود اتفاق واتساق- فهل سيرى الأطباء على اختلافهم المريض نفسه يصل

بنفس التشخيص. أما الصلاحية فتعني الصدق- فهل سيخبرنا التشخيص ما نريد معرفته. من ناحية مثالية، سيقوم تعريف الاضطراب بكلا الاثنين- أي: له موثوقية وصلاحية. لكن لتحقيق هدف الموثوقية يلزم أن تكون الأعراض المحددة في غاية البساطة والوضوح، ويسهل تعميمها بسهولة عبر الناس في هذا الاضطراب المحدد. أما إذا كانت مجموعة المعايير تتضمن بنودًا استدلالية أو معقدة، فلن يتفق أطباء مختلفون عما إذا كانت ظاهرة أم لا. لنتعبد في معبد الموثوقية، فمجموعة معايير الدليل التشخيصي بسيطة بقدر ما يظهر عليها- فهي قائمة على الشائع والظاهر في الاضطرابات النفسية. هذا خيار ضروري، لكنه يقبل تسوية مع الصلاحية- إن إجبار أنفسنا على البساطة يعمينا عن الدقة، الفروقات، والتقلبات الفردية. يضيع الكثير في تفسير التنوع الغني للتجارب الفردية المختلفة للاكتئاب ومجموعة المعايير المختارة التي تعرّفه. عند وصف السمات المشتركة لأولئك الذين لديهم معايير اضطراب نفسي معطى، تلجأ تعريفات الدليل التشخيصي لإخفاء الطرق التي تكون بها الاضطرابات النفسية فردية ومختلفة. لا تتضمن تعريفات الدليل التشخيصي العوامل الشخصية والسياقية، أي: هل أعراض الاكتئاب استجابة مفهومة لخسارة، وضع معيشي بائس، معضلة نفسية، أو عوامل شخصية.

إن الدليل التشخيصي ملزم بأن يبقى بسيطًا، لكن الطبيب النفسي ليس ملزمًا بذلك. يجب أن تُرى تشخيصات دسم-DSM على أنها مجرد جزء صغير من تقييم شامل يكون مفسرًا بشمولية لأعقد العوامل الفردية لكل مريض. مع الأسف، أصبحت مقاربة دسم -DSM مؤثرة للغاية، وهيمنت على المجال النفسي بصورة غير مقصودة. حيث أصبحت دقة الطب النفسي مجرد قائمة فحصية تعمل على تجانس الفروق الفردية والعلاجات المُوصى بها. وغدا الطب النفسي بخصوصيته وفوضاه موحدًا ومبسطًا. تُركز البرامج التدريبية بصورة بالغة على تعليم التشخيص ولا تركز بصورة كافية على فهم كل شيء يخص المريض[25]. ينسى الناس حكمة أبقراط «إن معرفة المريض أمر في غاية الأهمية تفوق معرفة المرض الذي لديه». وأفضل ممارسة، بكل تأكيد، هي أن نُرعي انتباهًا بالغًا لكلا الجانبين. تشخيص دسم-DSM له مكانة ضرورية في كل تقييم، لكنه لن يخبرنا الحقيقة كاملة.

ثم هناك مشكلة معرفة أي من المعايير ستُختار وتُختبر مبدئيًا لسلامتهم. قبل أن نأخذ وقتًا أوليًا لمجموعة المعايير، الطريقة الآمنة هي أن نختبرها في تجربة ميدانية. اختبار القيادة يقلل من ارتيابنا من الأداء، ويقلل من مخاطر المفاجأة غير السارة.. الفكرة هي

أن يكون هناك تجربة طبية للتعريف الجديد تحت أوضاع تقارب ظروف الحياة الطبيعية. إذا أبلى المقترح بلاء جيدًا، يصبح بذلك رسميًا؛ أما إذا كان أداؤه ضعيفًا فإما أن يُنقح أو يُسقط. لكن مرة أخرى هناك مأخذ على ذلك. بل عدة مآخذ مختلفة في الواقع.

أولًا: حتى أفضل تجربة ميدانية في الحاضر، لن تتكهن حول المستقبل بدقة. لقد تكهن تشتت الانتباه في دسم DSM-5-5 بأن تغييراتنا المقترحة سوف تتسبب بزيادة نسبتها 15 % في معدلاته. كان هذا تقدير دقيق إلى حد ما، بالنظر للزمن الذي جُمعت فيه البيانات بداية التسعينات. لم نستطع التكهن بالتحول المفاجئ في واقعنا وقد حدث ذلك عام 1997 عندما جلبت شركات الأدوية للسوق علاجًا باهظًا وجديدًا لاضطراب تشتت الانتباه، وعينات مجانية للإعلان المباشر عنها للآباء والمعلمين. بعد ذلك بفترة قصيرة أصبح الإعلان عن فرط الحركة وتشتت الانتباه كتشخيص منتشرًا في المجلات، على شاشات التلفاز، ومكاتب أطباء الأطفال، كانت ولادة الوباء غير متوقعة، وتضاعف بالتالي معدل فرط الحركة وتشتت الانتباه ثلاثة أضعاف.

بعد ذلك، أتت مشكلة التعميم. أفضل إعداد لعمل تجربة ميدانية سيكون في مكاتب الأطباء النفسيين وأطباء الرعاية الأولية، الذين يصفون في الغالب معظم وصفات الأدوية النفسية. لكن لأن هذا سهل، أصبح الاختبار الميداني يقام في نماذج مناسبة مستمدة من عيادات البحث الجامعي، والتي هي على خلاف المتوقع أعظم موقع لإساءة الاستخدام. إن النتائج التي تنشأ في تلك المحيطات الهادئة ستكون دائمًا أفضل من تلك التي نحصل عليها وسط صخب وهياج العالم الواقعي. ثم أن هناك التأثير المشوه لملاحظة شيء مراقب. فمن المستحيل تتعلم كل شيء عن الإلكترون لأن فعل مراقبة الإلكترون يغير نشاطه. وبالمثل، مراقبة ممارسة التشخيص اليومي تشوهه ليصبح غير يومي. إن اختيار وتدريب الأطباء، إضافة للانتباه المركز عليهم يجعلهم أفضل من يشخص داخل الدراسة، لكن ليس خارجها.

اختيار المريض في التجربة الميدانية يزيد من الموثوقية بشكل زائف. ففي الحياة الواقعية، يشبه القيام بالتشخيص أن تبحث عن إبرة في كومة قش من الخيارات الممكنة. يقدم الاختبار الميداني تحديًا أسهل بكثير للأطباء. فهو يعلم أنه يختار من بين حفنة من الخيارات المختلفة. خلاصة القول، التجارب الميدانية ضرورية للغاية لكنها في نفس الوقت عرضة للخطأ. وجود اقتراحات جديدة ستقودنا لأداء أفضل في التجربة فقط،

بدلًا من الحياة الواقعية. قد تنحجب إساءة الاستخدام الممكنة في المستقبل ويصعب التكهن بها. في أفضل الأحوال، ستساعدك التجارب الميدانية في تجنب بعض وليس كل المشاكل المحتملة في المستقبل.

سؤال أخير ومهم: هل يجب علينا استخدام أسماء أو أرقام في تعريفنا للاضطراب النفسي؟ يستخدم نظام دسم-DSM الأسماء فقط. وقد طوّر الأخصائيون النفسيون الآلاف من معدلات التصنيف التي تستخدم أرقامًا بدلًا من الأسماء. فما هو الأفضل؟ مثل معظم الأشياء، ليس هناك إجابة واحدة وصحيحة، بل تعتمد على هدفك. الأرقام أكثر دقة من الأسماء، ولهذا السبب نستخدمها في قياس الطول، الوزن، اختبار الذكاء، أو الطول الموجي في الفيزياء. عندما نصف مكان شخص على تسلسل متدرج، من الدقة أن نعطي رقما بدلًا من اسم. «طوله ستة أقدام» تحفظ ضياع المعلومات حينما يتقلص الوصف إلى «طويل» ببساطة. الأرقام تحب الكمبيوترات. وكذلك الباحثون الذين يستخدمونها.

لكن معظم الناس يفكرون بالأسماء بدلًا من الأرقام. شكلت ضغوط التطور عقولنا لتعطينا أسماء بسيطة، بدلًا من فروقات رياضية دقيقة. نحن متكيفون مع عالم يتطلب سرعة الاختيار بين نعم ولا، فمحاولة تحديد الحيوان المفترس عن قرب ربما تعرضك لمهاجمته. إذن، ليس من المفاجئ أن الإحصاء -كفرع من علوم الرياضيات- ازدهر بشكل متأخر في اللعبة، أي: قبل بضع مئة سنة.

لا نزال في الحياة اليومية نُفضّل الأسماء على الأرقام- رغم أن الأسماء غير دقيقة بالإجماع، لدينا كمبيوترات متأهبة لسحق أي أرقام ترمى عليها. إننا نسِم اللون «الأحمر» (بدلًا من تسمية طول موجته بدقة) لأن هذا أبسط، أسهل، أوضح، ويخدم الهدف. بقي الاسم الواضح مناسبًا لمعظم المهام أكثر من الأرقام، فهو يقدم صورة أكثر وضوحًا وأكثر سهولة للفهم. إن الأطباء بشر مشغولون بالتفكير بالأسماء في كل خطوة من حياتهم العادية وتدريبهم. فلن يتحولوا إلى الأرقام بسهولة، ولن يفهم المرضى هذا التحول إن حدث. من المؤكد أن تشخيص الكمبيوتر المساعد ذو الأبعاد هو موجة المستقبل، لكنه سابق لأوانه ومن المستحيل تنفيذه في الحاضر. في الوقت الحالي، سنلتزم بتسمية الأمراض النفسية، وليس ترقيمها.

في أقصى الحدود، التمييز بين السليم تمامًا والمريض بشكل واضح أمر سهل لا

مراوغة فيه. على النقيض، التمييز الضبابي بين المريض بشكل معتدل والمريض السليم ربما يسهل التلاعب به أحيانًا. معظم الأشخاص الأسوياء تأتيهم أحيانًا أعراض عابرة ومتباعدة من (الحزن، القلق، تقطع النوم، العجز الجنسي، تعاطي المخدرات) التي من الممكن أن يساء فهمهما وتعتبر اضطرابًا نفسيًا. يعتمد النموذج العملي في صناعة الأدوية على توسيع نطاق المرض- باستخدام تسويق إبداعي لتوسيع مجموعة المستهلكين عن طريق إقناع المريض السليم بأنه مريض بشكل معتدل. إن تجارة المرض هي فن رفيع من تسليع المرض النفسي مثل الطرق الفعالة في بيع الحبوب النفسية. التلاعب التسويقي سهل في الولايات المتحدة تحديدًا، لأننا الدولة الوحيدة في العالم أجمع التي تسمح لشركات الأدوية بحرية الإعلان للمستهلك بشكل مباشر.

تجارة المرض لم تأتِ من فراغ، بل تطلب الأمر تعاونًا نشطًا لشركات الأدوية مع الأطباء الذين يصفون الأدوية، والمرضى الذين يسألون عنها، إضافة إلى الباحثين الذين يخترعون اضطرابات نفسية جديدة، ومجموعات المستهلكين التي تطالب بمزيد من العلاج، إلى جانب الإعلام والإنترنت الذي ينشر كل حملة «توعية بالمرض» بشكل منتشر ومتغلغل بحيث يمكن أن تخلق مرضًا لم يكن موجودًا من قبل. إن الطب النفسي بشكل خاص هو أكثر عرضة للتلاعب في الحد الفاصل بين المرض/ السواء، وذلك لأنه يفتقر إلى الفحوصات البيولوجية ويعتمد بشكل كبير على الأحكام الذاتية التي يمكن أن تتأثر بسهولة بالتسويق الذكي.

نعلم أن الولاء الأساسي لأي شركة هو لمساهميها ولها خاصة وليس للمستهلك العام. جنرال موتور تبيع السيارات، انهيزر بوش تبيع البيرة، آبل تبيع الكمبيوترات، كارتل المخدرات يبيع الكوكايين، وشركات الأدوية تبيع الحبوب، وكلهم لنفس السبب، ألا وهو التوسع في الأرباح بأكبر قدر ممكن. تعتمد ربحية أي شركة على زيادة حجم السوق وهامش كل عملية بيع. وتعدّ شركات الأدوية آلات مثالية لجني الأرباح، وذلك بسبب قدرتها الهائلة ومهارتها في دفع المنتج وبقاءه بسعر احتكاري. ضخ تضخم التشخيص هو مفتاح نجاح شركات الأدوية. فالتشبع الكامل يتطلب الوصول لأوسع مجموعة من السكان، من أصغر طفل لأكبر بالغ. يعدّ التوزيع لشبكة واسعة أمرًا جيدًا للمساهمين، لكنه سيىء في الغالب للأسوياء الذين يساء تشخيصهم، ممن يخضعون لأدوية غير ضرورية، ووصمة عار تلحق بهم مع التشخيص المزيف.

هل حالة السواء مرنة أم هشة؟

الإجابة المتناقضة لكلتا الحالتين. هناك مرونة مبنية داخل كل عامل من وجودنا البيولوجي، السيكولوجي، والاجتماعي. نحن في حالة من الترابط لكي نؤدي عملنا بشكل جيد، لكن هذا العمل لن يكون كاملًا لأننا في غاية التعقيد أيضًا، ولذا يمكن أن نخسر الرهان على السواء عن طريق وصم مواطن الخلل لدينا باضطراب نفسي.

المبدأ الحاكم للحياة هو «الاستقرار الداخلي» ـ كلمة ضخمة تجمع بين المصطلح اليوناني «Homeo» (المثيل) مع «Stasis» (المستقر) لتأكيد السعي نحو الاستقرار الداخلي بصورة مضاعفة. في كل مستوى من أصغر خلية إلى المجتمع بأكمله، تسعى الطبيعة باستمرار للتعويض عن كافة القلاقل، كي تعيد بناء توازن مستقر للعودة إلى أيّ معنىً للسواء أو نطاق الأداء المتوقع. لا تستطيع الأنظمة أن تعيش لمدة طويلة إلا إذا كانت تحقق توازنًا في وجه الاضطرابات والتحديات الخارجية والداخلية. تبدو كل خلية من خلايانا في غاية التعقيد، مثل مصنع نشط بقائه مرهون بالحفاظ على توازن أيضي مناسب لملايين من التفاعلات الكيميائية. فكل عضو هو مجموعة من الخلايا، وأجسادنا ما هي إلا مجموعة أعضاء كل واحد منها يعتمد في نجاته على أداء متوازن للبقية. هذا التوازن هو ما يحفظ حرارة أجسادنا، ضغط الدم، ونبضات القلب في حالة مستقرة. إن الجسد معجزة ثابتة لمليارات من التغييرات.

في مجال العلاقات الشخصية، ينتهي الزواج بالطلاق حينما يفتقر إلى نعمة الاستقرار الداخلي لأمر يحتمل نزاعًا حتميًا. أيضًا في المجال السياسي، لا يمكن للدول أن تُوجد توازنًا بين القوى المتنافسة التي تعاني من حرب أهلية أو انهيار. يسيطر التوازن أيضًا على أي عمليات كيميائية أو فيزيائية ثابتة طويلًا في حالة مستقرة. ما كان لهذا المنزل المريح أن يوجد في هذا النظام الشمسي لولا وجود توازن لطيف، توازن دقيق يهدده التلوث والانفجار السكاني.

أي فشل في تحقيق التوازن لنظام حي سيؤدي لخلل، مرض، ثم إلى الموت (إذا كان شديدًا وبقي لمدة كافية). السرطان، السكري، ارتفاع ضغط الدم، فشل القلب، السمنة ومعظم الأمراض الأخرى كلها توضح انهيار آليات الاستقرار الداخلي التي تُبقي أجسادنا عادة في حالة متوازنة. جميع العلاجات الطبية للأمراض لديها هدف مشترك ألا وهو استعادة التوازن الداخلي الذي فُقد في مواجهة المرض.

أعظم تعبير على الاستقرار الداخلي هو الدماغ البشري. فهو المنظم الرئيسي لمعظم وظائفنا الجسدية، وهو المنظم الرئيسي أيضًا لأعقد الآليات. إن أفكارنا، عواطفنا، وسلوكياتنا هي نتيجة نهائية لتناسق معقد لا يمكن وصفه حيث تحترق مليارات من الخلايا في تناغم منضبط وتوازن متقن. لا يمكن لهندسة أي جهاز كمبيوتر أن تملك الجرأة (فضلًا عن القدرة) لخلق شيء في غاية التعقيد ـ إذ سيكون هناك العديد من الإخفاقات على طول الطريق. ومن دون شك ستحدث تلك الإخفاقات. لكن الطبيعة أوجدت وسائل لتقديم ربط جيد، وتوازن تعويضي لمعظم الأزمان. يملك الاستقرار الداخلي للدماغ مواردًا كافية لكي يستجيب للتحديات الداخلية والخارجية ويعيد الأمور لطبيعتها، الأمر الذي يبقينا نعمل داخل نطاق محدد ومستقيم.

نحن البقية الناجية، صمدنا رجالًا ونساءً في جميع فصول السنة، خُلقنا لنعمل تحت أي مناخ، نأكل كل طعام يمكن تصوره، ونستطيع البقاء لفترات طويلة دون طعام، نقاتل في معارك ونهرب من أخرى، نحب ونكره، نشعر بمجموعة من العواطف، ونُظهر مجموعة مذهلة من السلوكيات المختلفة. نحن لسنا متشابهين فقط، لكننا نحافظ أيضًا على الفروق الفردية الأساسية الضرورية لبقاء مجموعات صغيرة تحملت قسوة مئات آلاف من السنوات الماضية. لقد احتاجت القبيلة لتوازن مطلوب في القدرات الفردية، فلم يكن ليكتب لها النجاح مع قادتها أو أتباعها، مع أبطالها أو دعاة السلام، لو أن الجميع كانوا سذجًا أو مرضى بجنون العظمة.

يمكننا أن نشعر بالحزن، الكرب، القلق، الغضب، الاشمئزاز، والذعر لأنها مجموعة من التكيفات. في بعض الأحيان (خاصة عندما نستجيب للضغوط الشخصية، والنفسية، والعملية) تخرج عواطفنا عن السيطرة مؤقتًا وتتسبب بضغوط معتبرة وانخفاض في قيمتنا الذاتية. لكن الزمن واستقرارنا الداخلي هما العلاجان الطبيعيان، ومعظم الناس يستعيدون أنفسهم ويستردون توازنهم الطبيعي. يحتوي الاضطراب النفسي على أعراض وسلوكيات لا تُصحح ذاتيًا، أي: أن هناك انهيار في العملية الطبيعة المتوازنة للشفاء. التضخم في التشخيص لا يحدث إلا عندما نخلط اضطرابات الحياة المألوفة التي هي جزء من حياة كل فرد مع اضطراب نفسي حقيقي (لا يكون شائعًا نسبيًا، ربما يصيب ما نسبته خمسة إلى عشرة من السكان في أي فترة زمنية معطاة).

يجب أن تشخص الاضطرابات النفسية فقط عندما تكون ظاهرة بشكل قطعي، ومن

الواضح أنها لن تذهب من تلقاء نفسها. إن أفضل طريقة للتعامل مع مشاكل الحياة اليومية الحياتية هو أن تحلها مباشرة أو أن تصبر عليها، لا أن تجعلها مشاكل مرضية تحمل تشخيصًا نفسيًا وتعالجها بالأدوية. اللجوء المبكر للأدوية يقلص فوائد الطرق التقليدية للشفاء الطبيعي، كطلب الدعم من العائلة، الأصدقاء، والمجتمع، توفير سبل للتغيير، التخلص من الإجهاد المفرط، ممارسة الهوايات والاهتمامات، التمرين، الراحة، الانشغال، أو تغيير الروتين. إن تغلبنا على المشاكل بجعل الوضع طبيعيًا، ويكسبك مهارات جديدة، ويقربك أكثر من الأشخاص المفيدين. لكن تناول الدواء سيصِمك بالمختلف والمريض، حتى وأنت سوي. هذه الأدوية ضرورية فقط عندما يكون هناك حاجة لإعادة التوازن لمن يعانون من اضطرابات نفسية حقيقية. لأن الدواء سيتداخل مع الاستقرار الداخلي لمن يعانون من مجرد مشاكل في الحياة اليومية.

علمتني الدراسة التي قمنا بها قبل خمسة وعشرين سنة درسًا لا ينسى عن مرونة الإنسان. كانت في غمرة انتشار وباء الإيدز وقبل أن يكون هناك أي علاجات فعالة. كان الحصول على نتيجة فحص إيجابية في ذلك الوقت بمثابة حكم بالإعدام، أي: ميتة تعيسة. وجدت الدراسة أن من يحصلون على نتيجة فحص إيجابية تحصل لهم قفزة فورية في مقياسيّ القلق والحزن، وليس مفاجئًا بالنظر لما يتضمنه ذلك الاختبار. أما من حصلوا على نتائج سلبية فقد كان لديهم نسبة أقل ـ لكنها لاتزال كبيرة ـ في مقياس القلق والحزن، نظرًا لارتياحهم الكبير. كانت النتائج المذهلة بعد ستة أسابيع. عادت كلا المجموعتين إلى الخط الأساسي، تعامل أصحاب الفحص الإيجابي بمرونة مع أحوالهم المروعة، بينما لم يحدث لأصحاب الفحص السلبي ارتفاع في المزاج رغم ما حُمل لهم من أخبار سعيدة. أعاد التوازن كلا المجموعتين للبداية. هل قفزنا على الفور بدواء لعلاج الأعراض المؤلمة لأصحاب الفحص الإيجابي، سنُحدث تداخلًا مع شفائهم الطبيعي لو قمنا بذلك، وربما نضيف حملًا آخر فوق حملهم. الدرس واضح، نحن نملك إيمانًا عميقًا بالدواء، وإيمانًا أقل بالمرونة، الوقت، والاستقرار الداخلي.

حالة السواء مبهمة وبالتالي هشة

تبيّن أن حالة «السواء» و«الاضطراب النفسي» مراوغة بشكل محير ـ عاجزة بطبيعتها عن تقديم تعريف واضح وخط مشرق. تقلص العالم «السوي» بتمدد الطب النفسي عبر

الحد المرن. هل نوبات الغضب لدى ابني علامة على البلوغ أم علامة مبكرة لاضطراب ثنائي القطب؟ هل مشكلة الانتباه لدى ابنتي في المدرسة تعني اضطراب تشتت الانتباه أم أنها ذكية جدًا وتشعر بالملل من الأمور السخيفة هناك؟ هل عليّ أن أفرح باهتمام ابني بالصواريخ والخيال العلمي أم أقلق على أنها إشارة على التوحد؟ هل ما أمر به قلق وحزن أمر متوقع أم أنه اضطراب قلق معمم؟ لا أتذكر وجهًا أو حادثة، هل سأصاب بالألزهايمر؟ هل الكرب مفيد وحتمي وأمر لا مفر منه لمن كُسر قلبه، أو من يعاني من اضطراب اكتئابي كبير؟ هل ابنتي المراهقة شاذة مبدعة أم أنها ذهانية بحاجة لدواء خطر؟ هل تايغر وودز مريض نفسي أم فاسق؟ هل المغتصب المتوحش شخص سيىء ببساطة أو يحتمل أنه مجنون؟ جميعنا لدينا أعراض نفسية خفيفة وعابرة من وقت لآخر، هل يعني أن يمزح الجميع بأنها اضطرابات نفسية؟

إن هذه الأسئلة التي تدور حول ماهية السواء، وما الذي يتسبب باللاسواء تلاحقنا منذ فجر الخليقة. لقد وجد أسلافنا إجابات خلاقة ومعقولة في زمانهم. تبدو بعضها بديهية، وأخرى تبدو سخيفة، والقليل منها شيطانية بصورة إيجابية. نظرة خاطفة على ذاك الماضي ستساعدنا على فهم الحاضر وتجنب الأخطاء في المستقبل.

الهوامش

(1) **Oxford English Dictionary**, Oxford University Press, http://oxforddictionaries.com/definition/english/normal (2012).

(2) **Jeremy Bentham, Utilitarianism** (London: Progressive Publishing Company, 1890).

(3) Jagdish K. Patel and Campbell B. Read, **Handbook of the Normal Distribution** (New York: Marcel Dekker, Inc., 1996).

(4) Vivian Nutton, Ancient Medicine (New York: Routledge, 2004).

(5) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, **New York, June** 19–22, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. The definition has not been amended since 1948.

(6) ABIM Foundation, «Choosing Wisely»; **http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx** (accessed August 18, 2012).

(7) **«Neuron,»http://en.wikipedia.org/wiki/Neuron#Neurons_in_the_brain** (accessed August 18, 2012).

(8) «Roger W. Sperry—Nobel Lecture: Some Effects of Disconnecting the Cerebral Hemispheres». Nobelprize.org. 26 Sep 2012; **http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/**

medicine/laureates/1981/sperry- lecture.htm.

(9) **N. J. Macintosh, I.Q. and Human Intelligence** (New York: Oxford UniversityPress, 1998).

(10) Atkins v. Virginia (00-8452) 536 U.S. 304 (2002) 260 Va. 375, 534 S.E. 2D 312.

(11) Emile Durkheim, George Simpson, and John **A. Spaulding, Suicide** (New York: The Free Press, 1951).

(12) Sigmund Freud, **An Outline of Psychoanalysis** (New York: W. W. Norton 1949).

(13) Jerome Wakefield, «The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values,» **American Psychologist**, 47 (1992): 373–88.

(17) R. M. Bergner, «What is psychopathology? And so what?» **Clin Psychol Sci Pract**. 4 (1997): 235–48.

(18) R. L. Spitzer and J. B. W. Williams, «The definition and diagnosis of mental disorder,» In Deviance and Mental Illness, ed. W. R. Gove (Beverly Hills, CA: Sage, 1982), 15–32.. D. J. Stein and others, «What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V». **Psychol Med** 40 (2010): 1759–65.

(16) J. C. Wakefield, «The myth of DSM's invention of new categories of disorder: Hout's diagnostic discontinuity thesis disconfirmed,» **Behav Res Ther** 39 (2001): 575–624.. S. A. Kirk, ed., **Mental Disorders in the Social Environment: Critical Perspectives** (New York: Columbia University Press, 2005).

(17) Jeffrey A. Schaler and others, «Mental Health and the Law,» Cato Unbound, August 12, 2012 **edition; http://www.cato- unbound.org/issues/august-2012-mental-health-and-the-law.**

(18) James Phillips and others, «The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis,» Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine, February 2012;**http://www.peh-med.com/content/7/1/3.**

D. S. Charney and others, «Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system,» **in A Research Agenda for DSM-V, eds. D. J. Kupfer, M. B. First, D. A. Regier** (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2005), 31–84.

S. Hyman, «The diagnosis of mental disorders: the problem of reification,» **Annu Rev Clin Psychol**. 6 (2010):155–79.

(19) T. R. Insel, «Translating scientific opportunity into public health impact. A strategic plan for research on mental illness,» **Arch Gen Psychiatry** 66 (2009): 128–33.

K. S. Kendler, «Toward a philosophical structure for psychiatry,» **Am J Psychiatry** 162 (2005): 433–40.

J. Paris, «Endophenotypes and the diagnosis of personality disorders,» **J Personal Disord** 25 (2011): 260–68.

(20) T. Szasz, **The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct** (New York: Harper & Row, 1974).

(21) **M. B. First and A. J. Frances, «Issues for DSM-V: unintended consequences of small changes: the case of paraphilias,»** Am J Psychiatry 165 (2008): 1240-41.. A. J. Frances and others, **«DSM-IV work in progress,» Am J Psychiatry** 147 (1990): 1439-48.

(22) **ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and**

Diagnostic Guidelines (Geneva: World Health Organisation, 1992).

(23) A. Frances, «Integrating DSM-5 and ICD 11,» **Psychiatric Times**, November 2009.

(24) Richard Dawkins, The Ancestor's Tale: **A Pilgrimage to the Dawn of Evolution** (Boston: Houghton Mifflin, 2004), 416.

(25) Paul R. McHugh, MD, and Phillip R. Slavney, MD, «**Comprehensive Evaluation or Checklist?**» New England J Med 366, no. 20 (2012): 1853–55.

الفصل الثاني

من الشامان إلى الطبيب النفسي

«التاريخ لا يعيد نفسه، لكنه يتكرر مثل قافية شعرية»

مارك توين

الإنسان هو الحيوان الناطق، فليس باستطاعتنا أن نمنع أنفسنا من إطلاق تسمية على أي شيء تقع أعيننا عليه. تلك هي موهبتنا الخاصة، وأحيانًا تكون لعنة علينا، فمنذ سفر التكوين، بسط آدم هيمنته على النبات والحيوان بأبسط تصرف وهو تسميتها[1]. إن الاندفاع إلى التصنيف موجود في حمضنا النووي، لدينا حاجة قوية لتحديد أنماط، لتمييز الأسد عن الحمل، والطعام الصالح من الفاسد، والصديق من العدو.

تقريبًا مثلما كانت أهمية التشخيص النفسي. لطالما هدد السلوك الشاذ مسألة بقاءنا، ذلك لأننا نعتمد تمامًا على التناغم القبلي. نحتاج إلى اسم وتفسير كطريقة لفرض تحكمنا على الأفعال التي تهدد الأفراد والفئات الاجتماعية (سواء حدث ذلك في غابات السافانا أو في المكتب). كانت التسمية ولا زالت، أسلوبًا مُهمًّا يحدّ من عدم اليقين ويعطي شعورًا (وهميًا) بالسيطرة. يساعدنا وجود الأنماط على فرز تجربة غير مرتبة داخل وحدات يمكن التحكم بها- فوجود اسم خاطئ أو غير دقيق لاضطراب نفسي يتفوق على عدم وجوده إطلاقًا.

لا يرضى الإنسان بالتسمية فقط. فالخطوات التالية هي جمع الأسماء إلى فئات، والفئات إلى تصنيفات، وأخيرًا يحاول أن يجد تفسيرًا لتسمية الأشياء على ما هي عليه. بطبيعة الحال، سوف تتغير التفسيرات المحددة مع مرور الزمن. فيما مضى، كانت الأشياء الدينية والفلكلورية، أما الآن فالفضول نفسه والحاجة للنظام تدفع بحثنا للفهم العلمي.

ما يبدو لنا الآن خرافات خيالية كان في يوم ما أفضل ما وصل إليه العلم، وعلمنا الحالي سيكون في المستقبل القريب ليس أكثر من خرافة خيالية.

لقد تطور وصم الاضطراب النفسي مع مرور الزمن، لأن عدسة الاهتمام الثقافي استخرجت مجازًا من باطن الأرض بطرق مختلفة. فنرى الأفيال في الغيوم إذا بحثنا عنها، وبالمثل ربما نجد حيتانًا أو أرانب إذا كان ذلك ملائمًا لأفكارنا المسبقة، فالغيوم لن تتبدل للبشر من أجل أن يروا فيها أشكالًا مختلفة. التشخيص النفسي إذن، هو أن ترى شيئًا موجودًا، لكنه بنمط متشكل حسب تصور مسبق. ولأنه لا يوجد طريق صحيح، تنتشر الموضات التشخيصية. كان لدى الشامان القديم تفسيرات وأسماء مختلفة، لكنها نجحت معه مثلما نجحت الأسماء والتفسيرات الحالية مع الطبيب النفسي الحديث. يتطلب فهم أساليبنا الحديثة للتشخيص النفسي إجراء دراسة سريعة حول الكيفية التي وصلنا بها إلى هذه النقطة.

الشامان والعالَم الروحي

يبدو أن مهنة الطب النفسي مهنة حديثة حيث لم يتجاوز تاريخها مئتي عام، لكن يمكن القول بأنها الأقدم. كان تشخيص وإسعاف المرضى النفسيين جزء من الوصف المهني للشامان، أو رجل الطب. كان يُدفع له المال (وغالبًا لها) كمهنة لها الأولوية عند القبيلة، وهو الشخص الوحيد الذي يشغل دورًا متخصصًا بعيدًا عن الصيد والحصاد. بينما ينطلق الجميع للخارج بحثًا عن الطعام، يجلس الشامان في المنزل لتلبية نداء المرضى، مستخدمًا سحره لتقييم الأسباب وتطبيق العلاج على الأعراض النفسية والجسدية.

بالطبع عليه أن يمارس أعمالًا أخرى إن أراد البقاء. تعني كلمة الشامان «الشخص العارف»، ومن يتوجب عليه معرفة المزيد. فهو يحافظ على العالم متوازنًا ويُبقي المهنة حية. يستطيع أن يكشف الماضي ويستطلع المستقبل. يحفظ القصص التي تحكي بداية الأرض وولادة القبيلة. يملك الأشياء المقدسة، وباستطاعته العثور على أدوية الأعشاب السحرية. إنه قائد الطقوس. كان الشامان رجل الطب، الوسيط الروحي، القاضي، المفكر، والمضياف. وقد كان يلزم بالرقص وغناء أغاني القبيلة في عشاءه[2].

كان الطب النفسي من ضمن ممارسات الشامان. فنحن حيوانات اجتماعية يعتمد بقاءها كليًا على تماسك الجماعة والعلاقات الجيدة. حيث تشكل السلوكيات الشاذة تهديدًا ليس

على الفرد فقط، بل هو خطر واضح على مستقبل القبيلة. الحالات النفسية الطارئة يجب أن تصنف فورًا، تفهم، تعالج، لتُشفى. كان لدى الشامان كافة الوسائل ليعرف ويتعامل مع اللاسواء. كان بإمكانه أن يُشخص الاضطراب النفسي، ويشرح جذوره، ويُحسّن من وضعه.

استندت معظم التشخيصات الشعبية على روح شريرة، أو خرق للمحرمات. تطلب العلاج دخول العالم الروحي بانتشاء، وبصيرة حادة، أو عبر الأحلام، وربما تُسهل العملية مع نبات أو فطر مخدر. تتضمن طقوس العلاج الغناء، الرقص، الصيام، التعرق، والحرمان من النوم. قد يدعو الشامان المريض لاعتزال الحياة اليومية ودخول دائرته السحرية بشكل مؤقت. ولربما قاتل المرضى مع الأرواح أو تملقوها حتى يتوصلوا إلى اتفاق معها ليكون الجميع في النهاية بأحسن حال. كان للشامان سلطة قوية، وقوة شفائية[3]. يمكن للمُعتقد السحري والإيحاء أن يقطع شوطًا كبيرًا في ممارساته. بعيدًا عن الهراء، كان للشامان حسٌّ عملي وحكمة سليمة بشأن الطبيعة الإنسانية، والنباتات الطبية. وقد كانت العلاجات باهظة الثمن وكان الشامان أغنى القبيلة.

الكهنة والآلهات

اكتسب الإنسان سيطرة عظيمة على العالم الطبيعي وإحساسًا أكبر بمكانته في هذا العالم منذ بدء تدجينه للحيوان والنبات قبل عشرة آلاف سنة. إن حيوية الطبيعة لم تختفِ تمامًا، لكنها اُستبدلت جزئيًا بإنشاء مدفن الآلهات الذين (بالرغم من أنهم كانوا مخلدين ويمتلكون قوى استثنائية) إلا أنهم خلاف ذلك كانوا يتكلمون ويتصرفون كما نفعل نحن. كان الشامان قديمًا مثل الحدّاد في زمننا، ثم اُستبدل بمهن جديدة كالكاهن أو الكاهنة. اختلف وصف المهنة في بعض النواحي وتشابه في أخرى. فقد كان الشامان وسيطًا للعالم الروحي، وأصبح الكاهن وسيطًا بين الإنسان والإله مع احتفاظه بالقوى الروحية والسحرية للشامان وإضافة سلطة إلهية عليه. كان الشامان متنقلًا يعالج الناس أينما كان محلّ تلك القبيلة ذلك اليوم، فقد عاشت الأرواح في كل مكان. مع أنه كان غنيًا نسبيًا، إلا أن الشامان تكبد حمل أمتعته على ظهره مدى الحياة. في المقابل، كان الكاهن مستقرًا يعمل في معبد الأرض المقدسة، مكرّسًا من قبل الآلهات، وعادة ما يسكن بالقرب من ربيع الأرض المقدسة. زُوّدت العديد من المعابد بمرافق صحية، مكتبة، صالة للألعاب، ومسرح، وذلك من أجل توفير ثروة فائضة لمجتمع زراعي مزدهر.

لكن، بالطرق الأساسية، كان الوصف الوظيفي للكاهن مثل الشامان، إبقاء الآلهات في حالة من الرضا، والحفاظ على العالم متوازنًا، دفع الكوارث، وجلب الطعام. ولأنه كان مكلّفًا بالمرضى، فقد كان من بينهم ممن يعانون من مشاكل يمكن أن نسميها اضطرابات نفسية، لقد عمل الكاهن لوقت طويل كطبيب نفسي.

لقد امتلأت الأسطورة اليونانية بالجنون، دليل ذلك أن الاضطراب النفسي بقي لغزًا محيرًا بالنسبة لهم. فمهما فعل الإنسان من أمر فوق طاقته (سواء قفز فوق التوقعات أو فشل) كان ذلك كله يُعزى إلى عمل الآلهة. عندما يتصرف البطل بجنون، وقد فعل كثير منهم، كان التشخيص القياسي «الآلهة جعلته يتصرف هكذا». كانت الآلهة المسماة، آلهة الهوس، هي الملامة على تصرفات الإنسان الشاذة، وهي شخصية الشيطان البدائي الذي ظهر قبل أن يكون هناك رجال وكانت وظيفة تلك الآلهة دفعهم إلى الجنون. لاحقًا، ظهرت تلك الآلهات الأولمبية في المشهد إلى جانب الغيورة هيرا أكثرهم جنونًا.

لِم كان من المحتمل أن تدفع الآلهات الرجال إلى الجنون؟ لقد تعرضت حقوق المرأة لضربة كبيرة عندما حلّت الزراعة والرعي محل الصيد والحصاد. فقد فضّلت علاقات القوى الجديدة وامتلاك الأراضي المؤسسة الأبوية وألوهيتها الذكورية، جاعلة من النساء مجرد أثاث منزلي. تُمثّل آلهة الانتقام قوى الخوف التي قُمعت في الاستيلاء الذكوري. كان الغضب الإلهي عذرًا عظيمًا (لسلوك الرجل) السيىء. كان الجنون عقابًا، لكنه كان أسلوبًا لتحمل المسؤولية- فالتشخيص يشرح السلوك المنحرف ويبرر له. إذا كان هرقل مولعًا بالتدمير بشكل قاتل، فلا بد أن هيرا تعاقبه على غطرسته وعدائيته. إذا كان أياكس قد ذبح ماشيته دون قصد، فلا بد أن أثينا تسيىء توجيه غضبه الحسود.

ارتبطت المواهب الفريدة بالجنون أيضًا، فلا يأتي إلهام إلهي بلا ثمن. يمكن لكساندرا وكاهنة في دلفي أن تريان المستقبل، لكن في الوقت الحاضر لا بد أن يكن مصابات بالجنون. تجلب آلهات الإلهام الجنون في أشعارهم. فقد أضافت طائفة ديونيسوس تعاطي المخدرات لعباداتهم. وكان النبيذ، الجنس، السحر الديني وسيلة لإحضار حالات تطوعية مصابة بالجنون، من أولئك الذين أبعدوا عن الحياة اليومية بشكل مؤقت ليقرّبوا من الآلهة. الأسوياء بدورهم كانوا مجانين بشكل معتدل: يوليسس اختلق الجنون بصورة فاشلة لتجنب الخدمة العسكرية في طروادة، والملك داود لإنقاذ حياته.

كانت كل آلهة غيورة وغريبة الأطوار، وبالتأكيد كانت لها الأفضلية. كانت القواعد غير واضحة وغير عادلة. يتطلب الأمر كاهنًا ليعلمك كيف تبقي الآلهة إلى جانبك وخارج رأسك. فقد مارس الكاهن سلطة تعززها المعتقدات الدينية، الصلوات المقدسة، الطقوس السحرية، والمعبد الكبير. في القرن الثامن قبل الميلاد (في نفس الوقت الذي كان يؤلف فيه هوميروس أغانيه لطروادة)، خُصص أول معبد تطبيب لطائفة عباد أسكليبوس، إله الشفاء. يمكن أن تلحظ أسكليبوس بصولجانه المميز الذي تلتف حوله الثعبان، رمزًا لا يزال حيًا للطب. لمقدرتها على تمزيق الجلد، غدت الثعابين نماذج رائعة للخلود والشفاء، وانتشر عدد كبير منها -غير ضار- في أرض المعبد. وازدهرت حينها طوائف الشفاء الدينية. سرعان ما وهبت ثلاثمائة من المعابد في جميع أنحاء اليونان القديمة إلى أسكليبوس، تقع تلك المعابد في أماكن نائية وبعيدة على مطلّ جبلي وربيع قدسي، أو كليهما. لحوالي ألف سنة كانت المؤسسة ذات شعبية واسعة وتأثير ملحوظ. نقلها الرومان إليهم، وجلبوا معابد الشفاء إلى الإمبراطورية. كانت الإسكليبيا معابد متعددة الأغراض، بمستشفى، فندق، منتجع صحي، مركز ترفيهي، ملجأ، وكلية طبية تمزج بين لورديس، مايو كلينك، ريتز كارلتون. يتطلب الوصول إلى المعابد حجًّا طويلًا وصعبًا، صعب على من يعانون مرضًا نفسيًا أو طبيًا شديدًا. كانت المعابد تعالج مجموعة من المرضى الذين يأتون بأعراض جسدية ونفسية معتدلة، لا يختلفون كثيرًا عن العديد من المرضى الذين يأتون لعيادة طبيب الرعاية الأولية. أثبت الحجاج من خلال نزهتهم الطويلة أن لديهم حافزًا كبيرًا للتحسن وإيمانًا عميقًا بالعلاج.

طوّر الكهنة نظرية جديدة للمرض النفسي، نظامًا جديدًا للتشخيص والعلاج. كانت النظرية تعتمد على زيارة الآلهة الغاضبة أو الغيورة. يطلب الإجراء التشخيصي المسمى «الحضانة» اجتماع العقول مع الآلهة. بعد تهذيبهم، يُسمح للحجاج بالنوم إلى مقربة من مذبح الآلهة في الغرفة المقدسة بالمعبد. يُتوقع منه أن يرى أحلامًا أو رؤى تكشف عن زيارة إلهية ناجحة. ربما تجعل الآلهة رسالتها واضحة في حلم واضح أو تبقى غامضة في حلم محير. قدمت المعابد علاجًا يشبه جوانب التحليل النفسي. حيث يرتدي الكاهن جلبابًا ويحمل صولجان أسكليبوس ويلبي نداءه مع خبير تفسير الأحلام. فلربما ساعدك في اكتشاف معنى حلمك، فك شفرة رسالة الآلهة حول طبيعة مرضك، وسببه، والخطوات اللازمة لإرضاء القوى الإلهية. إذا لم تتمكن من تنميط حلم أو رؤية تخصك، أو كنت

مريضًا أو مشغولًا جدًا للقيام بالرحلة، كان هناك توكيل حاضن مدرب يقوم بالمهنة بدلًا عنك.

تضمنت تجربة المعبد وسائل سحرية وأخرى عملية. كان هناك طقوس، صلوات عزائم، تضحيات يراد بها إسعاد الآلهة. كان الكاهن متخصصًا بالعلاج النفسي أيضًا، والنصح العقلاني، والنباتات الطبية. كما كان هناك إجراء لعمليات الجراحية عند الحاجة لها. فوق كل هذا، كان هناك صالة رياضية، خدمات المنتجع الصحي، استشارات للنظام الغذائي، فرص تحفيز فكري داخل المكتبات، وترفيه مسرحي. كان هناك النبيذ أيضًا. لم تكن معدلات الشفاء أمرًا مفاجئًا. كان المنتظر من المريض أن يسهم في تقديم شكر سخي للآلهة، وأن يكون هناك لوح يوثق معجزة الشفاء يحضّر ويعرض بشكل بارز بين عدة ألواح أخرى. كانت الإعلانات أمرًا جيدًا لعمل المعبد، وساهمت في تعزيز قواه الشافية[4]. لا يزال معبد الشفاء موجود حتى اليوم بثلاثة أشكال مختلفة، مواقع الحج المقدسة الحديثة للشفاء الديني، والمنتجعات العلمانية التي تعزز الشفاء الطبيعي عن طريق ممارسة التمارين، النظام الغذائي الصحي، الجمال، إلى جانب المراكز الطبية الحديثة.

أبقراط: أبو الطب (منذ 460 قبل الميلاد إلى 370 قبل الميلاد)

لطالما كان الفهم الديني للعالَم (وربما سيكون كذلك دائمًا) أعظم راحة للإنسان في تكيفه مع الشكوك والمعاناة. سيطر المعتقد الخارق للطبيعة نوعًا ما، في أكثر الأماكن ومعظم الأزمنة. لكن، منذ بدء القرن السابع قبل الميلاد وضع الإغريق نموذجًا علمانيًا بديلا لتفسير عمل العالم، وسبب مرض البشر. أطلقوا عليها الفلسفة الطبيعية، وسميناها نحن بالعلم. هذه الطريقة الجديدة تملك قوة تفسير عظيمة، وخلقت لها وسمًا خاصًا من الهيبة والجمال. أُستبدلت عبادة القوى الخارقة للطبيعة بالملاحظة الدقيقة للعالم الطبيعي، والمنطق الحذر، والمبادئ الأساسية التي تحكم تشغيل هذا العالم.

لم يكن الإغريق يعملون في فراغ. بل قاموا بتوليف قاعدة علوم كبيرة للثقافات البابلية الفارسية المصرية الهندية، وقاموا بتوسيعها لتغدو أعظم رحلة فكرية ولدت للعالم الحديث. كان التقدم سريعًا ومحسّنًا للتعليم البشري بأكمله. شرح فيثاغورس كيف أن لغة الرياضيات يمكن أن تصف الطبيعة بشكل منهجي. وحدس ديومقريطس أن التعقيد الظاهر للكون قابل لأن يحلّ إلى ذرات أبسط يتعذر اختزالها. علِم الإغريق أن الأرض كروية

وتدور حول الشمس، وقاموا بحساب محيطها بشكل دقيق. تكهنوا أيضًا بشأن «الأكوان المتعددة». أبدع أقليدس في الهندسة، وابتكر أرخميدس حساب التفاضل والتكامل.

اخترع الإغريق الطب الحديث، حيث قدم أبقراط فِهمًا كاملًا للمرض النفسي والجسدي، فِهمًا لا يتطلب وجود آلهة، سلطة كهنوتية، تضحيات، أو طقوس سحرية. «تأتي الفرحة، البهجة، الضحك، الرياضات، الأحزان، القنوط، والسخط من الدماغ وحده، ليس من أي شيء آخر.. ومن نفس هذا العضو نغدو مجانين أو مصابين بالهذاء، تهاجمنا المخاوف والذعر. نحتمل كل هذا من الدماغ، فقط عندما تكون هناك علة قد أصابته». تأتي المشاكل النفسية والجسدية من اختلال في التوازن بين الأخلاط الأساسية الأربع: الدم، المرة الصفراء، السوداء، البلغم. ويأتي العلاج من العمليات الطبيعية (وليست الخارقة). يجب أن يكون الطبيب محدودًا بالحقائق البيولوجية؛ فهو يستطيع المساعدة لكنه لا يضمن الشفاء. ويجب أن يكون جيدًا في تكهن التخمين بدلًا من تغييره. وبإمكانه دومًا الإعانة، المواساة، وتقديم النصيحة، لأن هذه الأمور حاسمة في مسألة الشفاء أيضًا.

كان من شأن الطب (والطب النفسي) أن يأخذ الإنسان كمقياس والعلاج الإنساني كهدف. فقد أصبح الشفاء مهنة غير دينية، تستند حصرًا على الملاحظة العلمية والمعرفة العلمية. بدراسة لمرضاه عن قرب، وتسجيل ملحوظات دقيقة، جمع أبقراط أعراضًا لعدة أمراض، لكل منها دورة موثقة بشكل جيد، تكهنًا متوقعًا، وعلم أوبئة محدد. قام بوصف الهوس، الميلانخوليا، التهاب الدماغ، والرهاب. لم يتداخل مع التشخيص والعلاج أي نوع من مظاهر التصوف. فلم يكن المرض عقابًا أو زيارة من الآلهة، بل جزء من الطبيعة. «اعتبر البشر الطبيعة ومسبب المرض أسمى من الجهل والمعجزة».

كان أبقراط عبقريًا في التكهن، ورأى أن هذه المهارة من أهم الممارسات في الطب. واعترف بأهمية فرز المرضى إلى ثلاث مجموعات، من يشفون من تلقاء نفسهم، ومن يحتاجون إلى العلاج الطبي، وأخيرًا من لا يستجيبون إلى أي تدخل. «قاعدة الثلثين» هي أمتن حكم في تاريخ الطب، ولا تزال تدرّس لطلاب الطب، وتُنقل اليوم للعديد من الاضطرابات النفسية.

يعتمد استحسان العلاج على تكهن المريض. المجموعة الأولى، لا يُعطى لهم علاج قد يضرهم، لأنهم سيتحسنون مع الوقت والدعم، أما المجموعة الثالثة فلا يعطون علاجات

ضارة لئلا تضيف حملًا على مرضهم دون أن تعالج شيئًا، يكفي أن تقدم المواساة والعون لهم. يجب أن يُعطى العلاج المحدد للمجموعة الثانية فقط، مع موازنة مخاطر العلاج والمرض. وكن متأكدًا أن تلك التدخلات تنفعه أكثر مما تضره. فضّل أبقراط الشفاء الحذر، المعتدل، الطبيعي، باستثناء الأحداث الطارئة التي تتطلب وتبرر نهجًا أكثر صرامة. لربما اضطرب وحزِن للاستخدام غير الأخلاقي لمضادات الذهان التي أصبحت جزءًا خطرًا من الممارسة الحالية.

كان أبقراط رجلًا متواضعًا، مُحبًا ومحبوبًا من قبل مرضاه، وطلابه. لم يتلاعب أو يستبد برأيه قط، بل استأنس بالتعلم من الخبرات السريرية المتوالية التي تخصه وتخص الآخرين. لقد أضفى طابعًا مؤسساتيًا على مفهوم تعليم الطب العلماني والممارسة السريرية. قام طلابه بتطوير أساليبه وتوليد أساليب مميزة من المؤلفات الطبية الموضوعية الواضحة[5]. جدير بالذكر أن ثوسيديس Thucydides استعار من أسلوب أبقراط الوصف العظيم للمرض وهو تاريخنا الإنساني.

جالينوس، مُوجد نظرية الشخصية (منذ 130 للميلاد حتى 200 للميلاد)

كان جالينوس رجل المواسم الطبية كلها، معالجًا للأجساد ومداويًا للعقول. لم تكن لأي طبيب خبرة واسعة مثلما كانت له، من بحث في الأمراض المتنوعة، واختراع للمزيد من العلاجات، إلى كتابة العديد من الورقات[6]. قبل أن يكون طبيبًا مسؤولًا عن استقرار المحاربين، اخترع عملية عتمة العين، وأجرى عمليات بالدماغ لم تتكرر حتى في عصرنا الحديث. قام جالينوس بتوسيع النظرية الخلطية لتشرح شخصية الإنسان وتأثيرها على المرض. إذ لا يوضح المزاج ما يصيبنا من توعك فحسب، بل من نحن أيضًا. ولا يتحدد مصيرنا من قبل النجوم أو الشياطين أو الآلهة، بل يقوم على توازن في كيمياء الجسم. لا يختلف هذا النموذج الحيوي للمزاج وتأثيره على السلوك عن النظريات الحديثة، باستثناء أنه أخطأ في فهم الكيميائية المحددة.

فعل الإغريق الأشياء في أربع. فقد كان هناك أربع مواسم، أربعة مراحل عمرية في الحياة، أربعة كواكب، وكان هناك أربعة عناصر (الهواء، النار، الأرض، الماء) التي تحدد بتركيبتها المختلفة فيزيائية العالم وبيولوجية الجسم والعقل. كان هناك أربع أمزجة: (الدم، المرة الصفرة، السوداء، البلغم) كل مزاج يرتبط بأحد العناصر الأربعة. لاحظ أبقراط أن

عدم التوازن في هذه العناصر يسبب المرض. قام جالينوس بإضافة الشخصية لهذا النظام القياسي، أي: أن الشخصية تمرض أيضًا من اختلال في توازن هذه الأمزجة الأربع. كثرة الدم تنتج شخصية مفرطة التفاؤل، وزيادة الصفرة تنتج الكوليرا، وزيادة السوداء تنتج الميلانخوليا، أما كثرة البلغم فتنتج البلغمية. التوازن في هذه الأمزجة هو ما يؤدي إلى أداء وظيفي طبيعي. كان هناك تعديلات ممكنة لمختلف الأمزجة الخلطية التي تفسر وتعطي لونًا للتنوع في السلوك والميول البشرية. يبدو كل ذلك «دجلًا» في وقتنا الحالي، لكنه حكم الطب لأكثر من خمسمائة سنة. بينما لو قمنا بالمقارنة، فنصف عمر النظريات الحالية يقاس بالعقود وليس القرون.

لم يقصد جالينوس بالمزاج الجوانب السلوكية للشخصية فقط، بل المظاهر الجسدية أيضًا. فالعقل والجسد يتفاعلان، والصحة والشخصية مرتبطتان ارتباطًا وثيقًا. تستطيع مثلًا أن تتوقع سلوك شخصًا ما، مما لديه من خليط من الأمزجة، ويمكنك أيضًا أن تتكهن بطبيعة جسده أي الأمراض المعرض لها بشكل أكبر، وأي العلاجات يمكن أن تفلح معه. قد تأتي الأمراض وتذهب، لكن مزاجك يولد معك ويستقر إلى حد ما. قد يحصل عليه تأثير ويحقق له التوازن بالتدخلات المناسبة، كالنظام الغذائي، النشاط، الأعشاب، إراقة الدم، الحجامة، أو التطهير. كان لزامًا أن يكون العلاج انفراديًا، حيث يكون هناك الكثير من التعديلات لانعدام التوازن بين الأمزجة الأربع.

أدرك جالينوس أن خلل الدماغ الوظيفي والمرض النفسي يمكن أن يكون له أسباب كثيرة (بيئية أو تكوينية) عوضًا عن مجرد عدم توازن في الأمزجة الأربع. فالنبيذ بإمكانه دفع الرجل للجنون. تعلم من تجربته مع المحاربين أهمية صدمة الرأس، والدور المسبب لحمى الدماغ. أدرك أن مردّ التخلف العقلي وجود مشاكل خلقية في وظيفة الدماغ. كما في التجارب الحالية، قبل إجراء أي تشخيص لاضطراب الشخصية، على الطبيب أن يستبعد احتمالية وجود أمراض جسدية أو احتمالية أن استعمال الأدوية هي المسبب لسلوك الفرد. إذا لم يكن هناك أسباب قطعية، عندئذ، تكون الأولوية للمزاج وعدم توازن الأمزجة الأربع.

كان علاج انعدام توازن الأمزجة هو القيام بذلك التوازن، وتطلب الأمر أولًا تشخيص دقيق لتحديد أيّ من الأمزجة قد خلطت الموازين وغيرت حياة المريض والأشياء من حوله. القيء، التطهير، التعرق، النزيف، كانت واضحة بسبب تأثيرها المباشر على السوائل. ساد

اعتقاد أن الأعشاب المختلفة، التوابل والمعادن، الحار والبارد، الجاف والرطب لها آثار طبية مختلفة يمكن أن تقوم بمعادلة كل مزيج. تشمل المداورات العلاجية الحمامات، وتغيير المناخ والنظام الغذائي. كان هناك أيضًا مكوّن لفلسفة المعيشة، فكل شخص له مزاج فردي يؤدي أفضل ما لديه ويصبح سليمًا وصحيًا ضمن أسلوب حياة محدد. عندما يُشخص المزاج، فالخطوة التالية معرفة أيّ من جوانب حياة الشخص تسبب اعتلالا في التوازن، وأيّ منها يقوم بالدعم. ستكون الوصفة بمثابة تعديل في البيئة والعادات اليومية (الدراسة، العمل، النظام الغذائي، الجنس، الشرب، الموسيقى، العلاقات البشرية) وذلك لتصحيح اختلال توازن المزيج وبالتالي تتحسّن الشخصية، وتزيد السعادة، وتحصل لها الوقاية من الأمراض الطبية.

هيمن جالينوس على الطب لفترة أطول مما يجب أو يرغب. قبلت الأجيال اللاحقة تعاليمه كعقيدة، وكان أن احترموا سلطته، وفشلوا في احترام أساليبه في التجربة والملاحظة المستقلة. لم تتبعثر النظرية الخلطية حتى منتصف القرن التاسع عشر، بعدما أوضح فيرتشو الدور الذي تلعبه الخلية في المرض. لكن لايزال رأي جالينوس بشأن الميول الفطرية في الشخصية وتأثيرها على المرض النفسي والجسدي قائمًا حتى يومنا هذا.

العصر المظلم للشياطين

دخل علاج المرضى النفسيين في أوروبا إلى حقبة العصور المظلمة، والتي استمرت منذ سقوط روما (في القرن الخامس) إلى صعود فيليب بينيل (أواخر القرن الثامن عشر). لم تكن العصور المظلمة غارقة في الجهل كما نتصور (كان هناك نقاط مضيئة لا يُعلم عنها)، لكنها بالنسبة للمرضى النفسيين كانت أسوأ الأزمنة والأماكن. لقد أدركت النظريات الإغريقية البيولوجية إنسانية المرضى النفسيين واعتبرت سلوكياتهم الغريبة أمرًا مفهومًا في المجال الطبي. إن المرضى النفسيين بشر مثلنا، صدف أن لديهم اختلال في التوزان البيولوجي. ليس ذنبهم، وليس بالأمر المخيف مرضهم، إنه أمر مؤسف وكفى.

راح عصر التنوير الطبي الإغريقي ضحية العصور المظلمة. حيث أُستبدل الطبيب الذي يقوم بتشخيص خلل التوازن الكيميائي بآخر من الكنيسة، يُشخص المرض على أنه استحواذ شيطاني. طرد الأرواح، محاكم التفتيش، التعذيب، الربط على الوتد كل تلك الأساليب حلّت محل العلاجات الطبية. كان المرضى النفسيون مسكونون بقوى شيطانية

معدية وخطيرة، يلزم تدميرها كجزء من النضال الإلهي ضد الشيطان. من المؤكد أن هناك استثناءات (انتشار الرحمة، بناء المستشفيات بأوامر دينية)، لكن، بصورة عامة، كان علاج المرضى النفسيين كارثيًا وفصلًا مخجلًا في تاريخ الكنيسة. خلق اللاهوت المسيحي إلى جانب دراسة الوثنية والشياطين قصّة تُصوّر المرضى النفسيين على أنهم من صنع الشيطان. كان الحياد الأخلاقي للنظرية الخلطية لا يتماثل مع المسرحية الدينية الحية التي تؤطر لمعركة أبدية للإله ضد الشيطان، ومع المجانين (المجنونات في الغالب) كرهان على الجانب الخاسر.

لقد ساوى العالم الغربي الشر بالخوف من عدواه. فلو أن شخصًا ما يتصرف بغرابة، فيحتمل أنه يناجي الشيطان ويهدد رفاهية المجتمع (والخلاص الأبدي) بأكمله. وفي حالات متطرفة، اُعتبر التعذيب والإعدام مبررًا كجزء من العمل الإلهي. وفي حالات معتدلة كان الشفاء ممكنًا، فقط بعد الاعتراف بالخطيئة والاستعداد للعودة للإله والقداسة. اُستبدلت الملاحظة العلمية الإغريقية بنظام غريب من التشخيص الروحاني الذي يتماشى مع خصوصية مختلف الحالات النفسية بتسلسل هرمي لشياطين مختلفة. استقر غطاء الوهم الديني في أوروبا التي أقرّت القسوة الروحانية كعلاج لأضعف مواطنيها[7].

لم يكن الموت حاميًا للمرضى النفسيين من الإهانة. ففي القانون الكنسي، اُعتبرت محاولة الانتحار تحريضًا من الشيطان لإغضاب الإله. كانت الجثة المرشح الأنسب لإنزال العقوبة الطويلة عليها تتراوح بين الشنق، التعذيب، البتر، وجرّها على الطرقات. يتوقع الناجون من الانتحار أن تتحقق لهم أمنية الموت عبر أشخاص خرافيين وبأبشع الطرق، وذلك للتأكد من أن الشياطين قد عوقبت بشكل مناسب. تجاوز تحريم دفنهم في الأراضي المقدسة إلى أبعد من ذلك، حيث تمددت العقوبة عليهم بشكل أبدي.

دوّنت مجلة Malleus Maleficarum المنشورة عام 1487، عقيدة الشيطان وقدمت قوة منطقية وقانونية لمحاكمة المرضى النفسيين[8]. فقد عُزلوا بطرق وحشية وغير إنسانية. حُكم على المجنون من الإله، ومن كان ساحرًا أو شيطانًا فلا يستحق أي نوع من الرحمة (في استثناءات قليلة) لا تنزل به عقوبة.

في أوساط دينية أكثر استنارة حلّت الخطيئة تدريجيًا محل الاستحواذ الشيطاني كتشخيص للاختيار وتفسير للاضطراب النفسي. كانت السلوكيات والأخلاق غير

المقبولة بمثابة أعراض خارجية لطبيعة عنيدة، غير متحضرة، جشعة، وفاسقة. تدرّج المرضى النفسيون من كونهم شياطين إلى آثمين. فلا يعكس سلوكهم تدخلًا مباشرًا للشيطان، بل هو ممارسة غير منضبطة وغير أخلاقية لإرادتهم الحرة. في هذه الحالة لم يكن بينهم اختلاف عن المجرمين العاديين الذين يسكنون معهم. قُدم لهم علاج قاس لإعادة توجيههم، ولكي ينبذوا خطاياهم، وتستقيم عواطفهم. كانوا أحوج ليد تمسك بهم، تهذبهم، وتضبطهم. فهذه الطبائع الآثمة كانت عنيدة ومترسخة بداخلهم. احتوت بعض العلاجات على ضغط أخلاقي، معظمه كان عقابًا جسديًا. كانت هناك محاولات لتعزيز الحياة الروحية للمرضى النفسيين وتعليمهم عادات النظام، الانضباط الذاتي، والحيطة. كان القصد من هذا إعادتهم للإله وإبعادهم عن الخطيئة. وإن رفض الآثم المتمرد أن يتحسن تحت هذا النهج، وجب أن تنزل به عقوبة شديدة. إن التعليم الجيد يتطلب عقابًا تأديبيًا. لذلك كان لزامًا أن يُزال المرض وكبرياء الخطيئة التي تسببت به. يجب أن تغرس الأخلاق بيد قوية من حديد، مشتملة على كافة أشكال ضبط النفس الجسدية، كالجلد وغيرها من العقوبات، الكراسي الدوارة، حمامات التجميد، وأشكال أخرى من التعذيب. على الرغم من أن العقاب كان متطرفًا بالمعايير الحديثة، إلا أن هذا العلاج لم يكن مطلقًا في قسوته أو قاتلًا في تأثيره مثلما حدث مع مواجهة الشيطان وأعوانه. لم تعد تستخدم أدوات التعذيب للمتاجرة لها، ربما أحرقت عن بكرة أبيها. كان ينظر للجنون على أنه سيىء، ويُعالج أيضًا على نحو سيىء، لكنه على الأقل لم يكن استحواذ شيطاني.

قطعًا، كان هناك استثناءات هامة لعلاج المجانين في أوروبا المظلمة. فقد أُوجدت العديد من المستشفيات المسيحية الخيرية في القرن الثالث عشر الميلادي في الأديرة، ومحطات التوقف عند المزارات المقدسة أو الحج. أُعطي المجنون، المريض جسديًا، المجذوم، اليتيم، الفقير غرفة لكل واحد منهم، ولوح خشبي، يسمح له أن يؤدي الصلاة ويحظى بتفهم الرهبان والراهبات. كان العلاج مختزلًا، فلم تكن هناك ملاحظة أو تشخيص سريري. كان هدفه أن يكون رعاية مسيحية، رغم ذلك، كانت خطوة هائلة مقارنة بالربط بالأوتاد.

كان من الطبيعي جدًا أن الجانب البيولوجي لم يقمع تمامًا. فقد حضر الطب الخلطي حضورًا هزيلًا في الأديرة، وانتعش بقوة خلال الحروب الصليبية عندما لاقى الغزاة الغربيون الفظين حضارة طبية متقدمة في العالم الإسلامي. أصبحت أطروحات جالينوس

التي ترجمت من اليونانية إلى العربية تترجم من العربية إلى اللاتينية. حلّت الجامعات في المدن محل الأديرة كمراكز للتعليم، وكل واحدة منها أنشأت كلية للطب بمنظور طبيعي إلى حد ما، وقد كان ذلك يعادل دراسة الشياطين في قسم علم اللاهوت. قام أساتذة الطب بتدريس الأسباب الطبيعية والخلطية للجنون، والتشديد على اعتبارها استثناءات قبل افتراض الاستحواذ الشيطاني. لسوء الحظ، كان تأثير الأساتذة ضئيلًا على الممارسة. فقد كان تدريس الطب مقتصرًا على التنظير، وكان الأساتذة من نوعية المتحدثين من برج عاجي كما لو أنه يملك سلطة جالينوس، لكن من دون مرضى. مع غياب الملاحظة الشخصية المقربة، كان من المستحيل أن يكون للتعليم تأثير أو دفع العلم الإكلينيكي لفهم المرض النفسي. كان الهدف الواقعي لأساتذة الطب منحرفًا نحو سبب التنظير لفسيولوجية الاستحواذ الشيطاني، وكيفية تأثيره على سلامة العقل. كان من آثار إحياء تأثير جالينوس أن ازداد استيراد التوابل الثمينة من الشرق، لأنها اعتبرت أدوية مفيدة في تنظيم أمزجة الجسد.

حتى في عصر الخرافات، لم يختفِ الحس السليم أو السلوكيات الإنسانية. ولم تكن كل مشكلة ترد إلى الشيطان، ولم يُعرض كل مريض إلى التعذيب. بل أُخذت عوامل أخرى بعين الاعتبار، مثل فرط العمل، الطعام، الجنس، أو القلق كمسببات رئيسية، وتوفر لها علاج منطقي، وتغييرات سلوكية من صلوات، حج، طقوس وتمائم دينية. شُفي معظمهم من خلال «معجزة الإيمان». لم تكن الصدمة أو الموت متطلبًا لطرد الأرواح الشريرة، بل كانت رمزية في بعض الأحيان، كأن يعرّض نموذج الشيطان للضرب وليس الشخص نفسه.

العرب يخترعون الطب النفسي الحديث (منذ 700 للميلاد حتى 1500 للميلاد)

قبل دخول العصور المظلمة بخمسة قرون، كان العالم العربي مركزًا للمعرفة والتقدم بلا منازع. منذ البدء، رحب الإسلام بعجائب الكشوفات العلمية كطريق لفهم الله ومقاصده. لكن قراءات العشائر الحالية للقرآن تتعارض مع الحرية الفكرية التي أتيحت في عهد محمد، حتى سيطر رجال الدين كسلطة سياسية وتضاءلت الحرية في القرن السادس عشر. كان العرب أول من أدخل العلوم التجريبية الكمية مستفيدين من نظامهم العددي المناسب (الآن أصبح نظامنا)، والذي سهّل كثيرًا الحسابات المملة باستخدام

الأعداد الرومانية. اخترعوا الجبر، الهندسة الكروية، وعلم المثلثات. قاموا بحفظ ودمج أفضل العلوم الإغريقية، الهندية، الفارسية، ثم توسعوا فيها بعبقرية محلية.

على هذا النهج، قام العرب باختراع الطب النفسي كتهذيب، والأطباء النفسيين كتخصص منفصل، ثم نقلوا الطب النفسي إلى مستوى متطور من التشخيص، العلاج، والتنظير والذي لم يكن مشاهدًا في أوروبا حتى القرن التاسع عشر. لماذا العرب؟ لأن القرآن لديه نظرة مثقفة حول المرض النفسي، بعيدًا عن دراسة الشياطين المشوهة في التعاليم اليهودية- المسيحية والإغريقية- الرومانية. فلا وجود لأرواح غاضبة ولا آلهة غيورة. كان المرض النفسي مشكلة عملية يجب التعامل معها بإنسانية وباصطلاحات إنسانية، لا على أنها خوارق غير طبيعية.

جاء توجيه القرآن بـ ﴿وَٱرۡزُقُوهُمۡ فِيهَا وَٱكۡسُوهُمۡ وَقُولُواْ لَهُمۡ قَوۡلٗا مَّعۡرُوفٗا﴾ سورة النساء، الآية: 5. نصح برفق ألا يتخذ المريض النفسي قرارًا حول أملاكه، لكنه أكد على التعامل معهم بإحسان واحترام. أدّى ذلك إلى اتباع نهج سريري واع وعلماني. فقد كان المرضى النفسيون يتلقون الرعاية في مستشفيات بإدارة مذهلة، وكان من ضمن مهام تلك المستشفيات توثيق وفهم مشاكلهم. أُفتتح أول مستشفى مخصص للمرضى النفسيين في بغداد عام 705(*)، أعقب ذلك مستشفى آخر في القاهرة عام 800 للميلاد، ثم سارعت المدن الكبرى بافتتاح المزيد. وكثيرًا ما استعانت المستشفيات الإسلامية بأطباء يهود ومسيحيين يشمل ذلك العيادات الخارجية والصيدليات.

كان تطور الطب النفسي وتقدمه مذهل وسابق لكل الخطوات التي حدثت في الألفية التالية، عندما أنشئت أخيرًا المصحات النفسية المنفصلة في أوروبا. كان المستشفى النفسي مهدًا رائعًا للاكتشاف العلمي. فقد أُتيح للمتخصصين النفسيين إمكانيةٌ للتواصل بأُلفة مع مجموعة واسعة من مرضاهم، ومقارنة مساراتهم المختلفة على مر الزمان. قاموا بعمل مراقبة سريرية دقيقة، رتبوا الأعراض إلى متلازمات، وقاموا بتطوير نهج علاجي فعال. حقق الطب النفسي العربي تعليمًا مفصّلًا وعمليًا لم يُعلم عنه سابقًا في العالم، ولم يتحقق مرة أخرى حتى عام 1900 للميلاد.

(*) هناك مراجع أخرى تؤرخ لظهور أول بيمارستان في بغداد في عهد هارون الرشيد عام 803م (البيمارستانات وأصول التعليم الطبي فيها- سامي حمارنة، مجلة الفكر العربي 1987).

صُنفت مجموعة متنوعة من التصنيفات النفسية بنفس الطريقة المثيرة التي حدثت في الغرب في ظروف مماثلة في القرن التاسع عشر. خلق العالم العربي وصفًا عمليًا ناجحًا للاضطرابات النفسية يعادل الدليل التشخيصي والإحصائي الحديث. قُسمت حدة المرض إلى مستويات، والتي أصبحت لاحقًا المعادل للعصاب والذهان. قُسّم الاكتئاب إلى باطني النمو، ردة فعل، تهيج، أو معقّد المنشأ. كان هناك أوصاف جيدة للهوس، الهذيان، الخرف، الصرع، التهاب السحايا، السكتة الدماغية. جُمعت الأوهام، الهلوسات، السلوكيات الشاذة، وسوء التدبير تحت تسمية تعادل الفصام. كان الرهاب، الوساوس القهرية، العجز، اضطرابات النوم، توهم المرض، وداء العشق كلها كانت معروفة في ذلك الوقت. مؤكد أن الاضطرابات الأساسية استقرت مع مرور الزمن، إلا أن البدع تأتي وتذهب.

دحض تشريح الدماغ الدقيق بعضًا من تأكيدات جالينوس وكشف عن توزيع لأعصاب الدماغ والأوعية الدموية. تتبع المسالك الحسية، تُتُبِع الجهاز الحسي الذي يُمركز مواقع الإدراك الحسي المختلفة في الدماغ. كان من المعروف أن الفص الأمامي مسؤول عن المنطق والحس السليم، وأن بطين القلب يتوسع عند الخرف.

انتهج الطب النفسي العربي المعاملة الأخلاقية المحترمة التي لم تصل لأوروبا إلا بعد آلاف السنوات. بينما يجلد، يعذب، ويحرق المريض النفسي في الغرب، تصلهم مشورة حكيمة، وعلاج نفسي معرفي، تفسير للأحلام، أدوية، حمامات، موسيقى، وعلاجٍ عملي في الشرق. كان ينظر إلى الصحة النفسية والجسدية على أنهما مرتبطتان ارتباطًا وثيقًا، وكل واحدة تؤثر على الأخرى. يذكر أنه كان للعرب أيضًا معرفة متطورة بعلم النفس المعرفي، الإدراك، العلاج النفسي، وعلم الأعصاب[9].

سيدنهام يكتشف المتلازمات

عاش توماس سيدنهام في إنكلترا الكومونولث فجر عصر التنوير في القرن السابع عشر ليعيد تعليم أوروبا التاريخ الطبيعي لأسلوب أبقراط في الطب والطب النفسي، حيث لا وجود لشياطين، عقائد، أو علاجات خطرة على المدى البعيد. فمن المريض تعلمنا المرض، ليس من نظرية، أو فلسفة ولا من عقيدة دينية. طور سيدنهام إلى جانب صديقه الفيلسوف جون لوك منهجًا تجريبيًا وتنظيريًا لاكتساب المعرفة. كان أمير الطب العملي،

صاحب المنطق السليم. «عليك أن تقف إلى جانب السرير، هناك فقط تستطيع أن تعرف عن المرض». تعلُم فن الطب بصورة سليمة يكون عبر الممارسة والمرضى.

كان دور سيدنهام في إعادة تصنيف علم الأمراض إلى مركز الاهتمام الطبي. فقد برع في وصف المتلازمات والأمراض. حيث كان يراقب، يحلل، ويقارن. يحدد مجموعة أعراض تتكرر بانتظام ثم يدرس مساراتها والتكهنات حولها. كانت الأمراض مثل الحيوانات والنباتات في طريقة تمييزها عن بعضها البعض، لو أننا نعلم كيف نفحص ونطيل الفحص بصورة كافية. في النهاية، يساعد فهمنا للنمط على معرفة السبب واكتشاف العلاج. «إن الطبيعة في إنتاجها للمرض تبدو موحدة ومتسقة بشكل بالغ، فالمرض هو نفسه عند أشخاص مختلفين، والأعراض نفسها، والظواهر الذاتية التي يمكن أن تُلحظ في مرض سقراط يمكن أن نرى نفسها عند المغفل».

كانت الهستيريا، وتوهم المرض من بين العديد من الأمراض التي درسها سيدنهام ونجح فيها. على عكس سفاهة شاركو وفرويد الذين عملا بعده بمئتي سنة. أدرك سيدنهام أن المرضى الذين يعانون من أعراض جسدية ناتجة عن ضغوط نفسية يمكن أن تزداد حالتهم سوءًا مع العلاج المكثف. إيقاف هذا النوع من العلاج واستبداله بتقنيات نفسية غالبًا ما يساعد المريض على الشفاء. «في بعض الأحيان أراعي سلامة مرضاي وسمعتي الشخصية بألا أفعل شيئًا على الإطلاق».

في القرن السابع عشر، كانت إنكلترا غارقة في الأوبئة وكانت مختبرًا رائعًا لدراسة الحمى المنتشرة. كان سيدنهام رائدًا في علم الأوبئة، ومرة أخرى اتبع نهج أبقراط مخترع هذا العلم. إن فهم الأسباب البيئية للمرض وعدواه، هو أساس النهج الوقائي للصحة العامة، والذي يعد أكثر فعالية من معالجة العواقب.

أخذ سيدنهام غموض مرض الرقاص العصبي وتقلصات الأطراف والجذع التي تحدث دون تحكم الإنسان، وبيّن أن الرقاص يحدث بعد بكتيريا الحلق، كما يحدث في التهاب روماتيزم حمى الدماغ الذي يسبب حركات ليست باستحواذ شيطاني. كما قدم إسهامات ثورية ومستمرة في علاج المخدرات للأمراض، فاستخدم مستخلص اللحاء البيروفي (نسبة لدولة البيرو) الذي ثبت أنه يحتوي على الكينين الذي يفيد في علاج الملاريا، قام بتعزيز الحديد للأنيميا، حضّر سائلًا من الأفيون، العلاج الذي لطالما أعجب به كثيرًا. لكن

سيدنهام كان حذرًا في وصفاته الطبية ومشككًا في الحماسة البطولية لعلاجات ضارة من العديد من زملائه[10].

لينوس يظهر أهمية التصنيفات

سيكون من الممتع لو عشنا في القرن الثامن عشر. هذه الفترة التي تصف ذاتها بـ«التنويرية» كانت اللحظة المنطقية الوحيدة في التاريخ، التي يمكن أن تأمل فيها بأن التقدم الثابت للمعرفة الإنسانية سيقودنا إلى السعادة. لكن القرن انتهى كارثيًا، وحطم الأوهام التي استحال إحياؤها ذلك الحين. لقد فجرت الثورة الفرنسية وحروب نابليون فقاعة البراءة. وكشفت التجربة اللاحقة عن كوارث المعرفة الإنسانية عندما تكون موجّهة بلا حذر أو حكمة، كوارث كان من الصعب تصورها سابقًا.

لكن رجلًا ذكيًا عاش في السبعينات (وكان هناك الكثير منهم) تمكن من مواصلة إيمانه بالكمال النهائي للإنسان والعالم. كانت المسألة مجرد جمع بيانات وإيجاد الطريق الصحيح لطلبها. قدم علم الفلك نموذجًا بسيطًا مغريًا لكيفية حل العلم لألغاز الطبيعة. في البدء جاءت النظرية الوصفية للكون المرتكز على النظام الشمسي لكوبرنيكوس. ثم الملاحظات الدقيقة من قبل براهي، وفرز البيانات رياضيًا والتي ألمح إليها كيبلر. وأخيرًا، الانتصار الأعظم للفهم الإنساني. فسر نيوتن (بمساعدة كبيرة من غاليليو) ليس فقط الحركات الكبرى للنجوم والكواكب، بل ما الذي يبقي أقدامنا ملتصقة بالأرض، ولماذا تضرب التسديدة الصاروخية الهدف. قدمت صيغ نيوتن تحديًا للعلم كي يبحث عن الحقائق الأساسية في المساع الفكرية الأخرى. كان هناك بحث شديد عن المعرفة الجديدة والطرق الأفضل لفرزها. أصبح عصر التنوير عصر التصنيف وكان أبو هذه التصنيفات كلها كارل لينوس.

من بين العديد من عباقرة التنوير، لينوس هو المفضل لدي. كان طبيبًا ممارسًا وعالم نبات متحمس، ثم شغل العديد من الأدوار الضرورية. منذ أيام الشامان، جاءت الأدوية المفيدة من النباتات، وكل كلية طبية كانت تركز على حديقتها. لم يجمع لينوس عينات من خارج أوروبا الشمالية، لكنه لم يكن مضطرًا لذلك، العالم أتى إليه. تحمس طلابه لأن يكونوا «رسلًا» ساعين إلى المغامرة وجمع العينات مثل طبيب السفينة أو عالِم طبيعي. انطلقت تسعة عشر سفينة لخوض مجموعة من الرحلات التي غطت أميركا

الشمالية والجنوبية وأفريقيا واليابان والمناطق الاستوائية الآسيوية. كان سباق التنقيب حاميًا في أنحاء العالم. من المؤكد أن الأهداف الأساسية كانت لغرض كسب القوة الاقتصادية والعسكرية، لكن معرفة علوم الأرض والأحياء كانت لها أولوية عالية. تضاعفت السفن البحرية كمختبرات علمية، وكانت أفضل المجموعات وجامعيها هي السفن التي تملك اكتفاءً ذاتيًا. كل رسولان يرافقان طاهيًا على متن رحلات مختلفة حول العالم، مات العديد منهم في أماكن بعيدة لكن المشروع أدى إلى انفجار للمعرفة حول تنوع الحياة. لينوس كان مركزًا لهذه الشبكة العالمية من الاكتشافات. كان هدفه أن يقدم لعلم الأحياء ما قدمه براهي وكيبلر لعلم الفلك. كانت البيانات الخصبة للحياة بكل تعقيداتها الخصبة بحاجة للفرز في صناديق سهلة التحكم. فإن استطعنا تطوير تصنيف متبلور لجميع نباتات وحيوانات العالم، لربما نتمكن من فهم المقصد الإلهي. وإذا كانت الجاذبية تفسير بسيط للتعقيد الظاهر لحركة الكواكب، ربما هناك تفسير بسيط لتنوع الحياة.

طور لينوس مخطط فرز صمد لثلاثمئة سنة، وتمكن من إدخال الثورة في علم الوراثة الحديثة. لم يحصل دومًا على البيانات بشكل صحيح، لكن ذلك لم يكن مهمًا، فقد وفرت طريقته أداة علمية قوية. استنادًا إلى أوجه التشابه فُرز، 7.700 نوع من النبات و4.400 نوع من الحيوان داخل تسلسل هرمي من ست خطوات داخل مملكتها المناسبة، أسرتها، صنفها، ترتيبها، جنسها، أنواعها.

نجح المخطط، فقد جلب لينوس النظام إلى الكون الحيوي الفوضوي. باستقلالية تامة عن الاستثناءات الدينية السابقة، أُدرج البشر ضمن نظام التصنيف بجوار القردة والشمبانزي. رغم أنها كانت ضربة قوية لكرامتنا، إلا أنها كانت قفزة كبيرة نحو نظرية التطور. كان تصنيف لينوس الدقيق للتعقيد الوصفي هو الشرط الضروري المسبق لتفسير داروين المبسط لكيفية تطور الحياة إلى هذه المواضع العديدة.

كانت تلك ثاني أعظم إثبات لعملية المراحل الثلاثة لعلم الملاحظة. ما نجح مع علم الفلك نجح مع علم الأحياء أيضًا. أولًا، تحتاج لوصف دقيق للعالم الطبيعي. بعد ذلك، تصنيف ذكي لتقليص التعقيد الظاهر إلى أنماط يمكن التحكم بها بناء على أوجه التشابه. ثم أخيرًا، إعطاء شرح بسيط وواضح حول تساؤل الجميع لِم لم يفكر بها أحد سواك. من المستحيل الإتيان بإجابات صحيحة إلى أن يُسأل السؤال بطريقة صحيحة. إن أي

تصنيف جديد يصرخ بسؤال «لماذا الطبيعة هكذا؟» والأمل أن يرى أحد المعنى السببي في الأنماط الوصفية.

بعد قرن من الزمن، أجرى مانديليف الفكرة نفسها في الفيزياء مع جدوله الدوري للعناصر. المفاجئ أن ما أعقب ذلك من أسئلة أثيرت حول فرزه للعناصر، أدى إلى نموذج سببي عميق ومبسط لأنوية الهياكل الذرية المختلفة. إن أحد أكبر خيبات الأمل للطب الحديث والطب النفسي كانت في فشل أنظمة التصنيف بإثارة نماذج تفسيرية واضحة. الظاهر أن الجسد، والدماغ بشكل خاص، يملكان تعقيدًا وخصوصية ستنفي إلى الأبد أي أجوبة سببية سهلة[11].

فيليب بينيل: أبو الطب النفسي

تأخرت النهضة والتنوير في وصولها إلى الطب النفسي، حيث لم تأتِ قبل القرن التاسع عشر. لم يكن ذلك بسبب غباء المهتمين بالسلوك الإنساني. بل لأن هذا الموضوع شديد التعقيد. كانت الكواكب أكثر بساطة وانتظامًا من الأدمغة في اختلالها. كان اكتشاف القوانين العامة لعلم الأحياء والفلك أسهل بكثير من اكتشاف الميكانزمات المحددة المسببة للمرض. التفت العلم الحديث بحكمة إلى مواضيع الاكتشافات الأولية التي وهبت نفسها إلى تجريدات كبرى. كانت الجاذبية والتطور أعمالًا فكرية فذة، لكنها إلى حد ما، كانت أفكارًا في متناول العقل إذا قورنت بفهم الفصام.

في تلك الفترة كانت الظروف المعيشية للمرضى النفسيين مرعبة بصورة متزايدة. فقد عطلت الثورة الصناعية، النمو السكاني، والتمدن، الأنماط الاجتماعية القديمة للإدارة التي كانت في الغالب مسؤولية مناطة بالعائلة والقرية والقس. ساهمت الضغوط الجديدة على عائلات الطبقة العاملة بتقليص تسامحها وتقليص مصادر الدعم لأفراد أسرتها المضطربين والقلقين. كان من المريح إبعادهم ووضعهم تحت رعاية المؤسسات التي كانت تقع في أماكن بعيدة في الغالب. حيث يحبس المرضى جنبًا إلى جنب مع الفقراء المعدمين، المجرمين، الأيتام، والمخبولين. فكانت بيوت الفقراء الربحية تفتقر إلى أي مهمة علمية أو شفائية. في هذا الخلط، كان يُنظر إلى المجانين على أنهم سيؤون، وأن أعراضهم نتيجة لفشل أخلاقي وهم ليسوا من اهتمامات الطب. لم يكن هناك مهمة للطب النفسي، ولم تكن هناك دراسة سريرية تؤدي لتشخيص وتصنيف. اُعتبر المجنون أقل

من الإنسان مثل الحيوان البربري، يحتاج للترويض، الجلد، والربط بالسلاسل، كانوا يعرضون للعامة مثل حديقة الحيوانات لزيادة أرباحهم.

أنقذ فيليب بينيل المرضى وأنشأ مهنة الطب النفسي في العالم الغربي. لم يكن هذا المجال ليجد أبًا مؤسسًا ونموذجًا أفضل من فيليب بينيل. فقد كان عالمًا وإنسانًا، علّمنا كيف نعالج المرضى كبشر، نحفظ لهم كرامتهم بينما نتدارس مشاكلهم. أكثر ما أُشتهر به بينيل هو نزع السلاسل عن المرضى النفسيين. لا يزال بإمكانك رؤية العلامات للأماكن التي كانت تُعلق فيها السلاسل على حيطان المباني القديمة المسماة بالوحدة النفسية في مستشفى سالبيتري في باريس، لا تزال الوحدة تعمل حتى يومنا هذا. لكن بينيل أعطاهم هدية أكبر من ذلك. لقد جردهم من خرافات العصور الوسطى حيث عُدّ المرض النفسي استحواذًا شيطانيًا، وضحاياه مرعبون، مشوهون، مهملون، وربما يستحقون الحرق إن لزم الأمر. لقد قام (تقريبًا) بإقناع كل فرد أن مردّ المرض النفسي إلى أسباب طبيعية مثلها مثل أسباب المرض الجسدي. طور نموذجًا جديدًا من رعاية «المصحة» مكرسًا حصرًا لاحتياجات المرضى النفسيين، ممن شعر بأنهم مستحقين لمعاملة محترمة في بيئة آمنة وهانئة. سرعان ما نشأت «مصحات» لمستشفيات مماثلة في أوروبا وأميركا.

أحب بينيل مرضاه كبشر، وعالجهم كما لو أنهم مخلوقات إنسانية بكل بساطة. عندما كان له الخيار بأن ينضم إلى نابليون كطبيب شخصي أو يبقى مع مرضاه، قام برفض نابليون. كان كبير مشرفي بينيل، مستشاره، ومعلمه سجينًا سابقًا، أصبح فيما بعد مديرًا وطبيبًا رائعًا. وقد قاما معًا بتطوير علاج «أخلاقي» (أو نفسي) للمرض النفسي الذي جمع ما بين التعليم، العلاج المعرفي، اختبار الواقع، العمل، الممارسة، الأنشطة العلاجية، الدعم، والتشجيع، وكل ذلك يأتي بلطف وتواضع ممزوج بحس المرح. كان بينيل مهتمًا بعمق بكل قصة من حياة مرضاه، آمالهم، مخاوفهم، دوافعهم، وظروفهم الخاصة التي شكّلتهم. فقد كان يريد فهم كيفية تفاعل مشاكلهم الحياتية مع أمراضهم النفسية.

آمن بينيل بأن المرض النفسي سببه مزيج من الوراثة، ضرر وظيفي للدماغ، ضغط نفسي واجتماعي، أو علاج بشع تلقاه المرضى في السابق. فأراد تسهيل العلاج الطبيعي، لا العلاج القسري، حيث لا مزيد من النزيف، التطهير، القرح، وتدوير الكراسي. لقد كان متواضعًا حول ما يمكن إنجازه، واثقًا بالمرونة وقوى الشفاء لدى مرضاه. وقد كُفلت سترة خاصة وعلاج بالأفيون فقط لأولئك العنيفين الذين لم يستجيبوا لأي علاج مقدم لهم.

أكثر من كونه شخصًا رائعًا، كان بينيل عالمًا ممتازًا. جمع بين نهج متلازمة سيدنهام وطرق تصنيف لينوس لفرز أعراض المرض النفسي إلى فئات مناسبة. تستند التسميات التشخيصية المستخدمة في الطب النفسي إلى نهج العلوم الطبيعية للمراقبة اللحظية. قضى الكثير من الوقت مع مرضاه يستجوبهم بشكل مفصل لتحديد الأعراض الأكثر شيوعًا وتطور مسارها. كانت فئاته المقترحة مختلفة نوعًا ما عن المستخدمة حاليًا، لكنه هو من قام بتقديم أساليبنا الحالية للتصنيف. كما هو الحال في كل شيء، كان بينيل متواضعًا يقدم اقتراحاته بشكل مبدئي «أثناء حياته».

بينيل هو من بدأ الطب النفسي الحديث وهو من أنهى العصر المظلم له. ساهم نمو الطب النفسي في القرن التاسع عشر بأن جعل تصنيف الاضطرابات النفسية مسعىً مثيرًا لكل من الأسس الفكرية والإنسانية. بعيدًا عن الهدف السريري البيّن، كان من المفهوم أن الوصف والتعيين الواضح للاضطراب النفسي قد يقود إلى نظريات أفضل لمعرفة مسبباتها. كان المصنفون أطباء، لكنهم كانوا علماء يرصدون ويعملون للتشخيص النفسي ما عمله لينوس للحيوانات والنبات. لو أنهم قاموا بعمل وصفي كاف، لربما خرجوا بوصف نفسي دارويني وقطعوا شوطًا كبيرًا في إقناعنا[12].

بعد بينيل، كانت هناك موجة تصنيف إبداعية، اُقترحت سلسلة من الطرق المختلفة لفرز الاضطرابات النفسية خلال السنوات المتبقية من القرن التاسع عشر. كانت الأنظمة الأولى فرنسية، لكن مركز الثقل العلمي تحول تدريجيًا إلى ألمانيا، وبلغ أوجّه في عهد إيميل كربلين وتمييزه الحاسم بين الفصام واضطراب ثنائي القطب. كانت صدفة حظ أن شقيق كربلين عالم عظيم بالطبيعة، مما أوقد مهارات ملاحظته العظيمة وأجبره أيضًا على إيجاد طرق لجمع أموال لأجل دعم رحلاتهم الميدانية المشتركة إلى شرق آسيا. غيرت وظيفة كربلين الثانوية تاريخ الطب النفسي. وأصبح محتوى كتابه المذهل والمؤثر دليلًا تشخيصيًا وإحصائيًا في زمانه، والذي شكّل لاحقًا الأسس الحالية للدليل التشخيصي والإحصائي. لكن كربلين كان لديه بقعة عمياء كبيرة، كان طبيبًا في المستشفى، ولم يرَ مريضًا في العيادات الخارجية. تشكل مفهومه للطب النفسي واقتصر على المرضى بصورة بالغة، صورة تستلزم حجزًا لمدة طويلة في المستشفى، كما افتقر تصنيفه إلى الأسس المناسبة لتصنيف معظم الناس الذين نشخصهم اليوم.

كربلين كان محظوظًا مرة أخرى لأن فرويد كان متواجدًا لملء هذه الفجوة. رُبط

فرويد عادة بالعلاج وليس التشخيص، لكنه فعل الكثير لتصنيف ظروف مرضى العيادات الخارجية كما فعل كربلين مع مرضاه الداخليين. المثير للاهتمام، أن فرويد أصبح مصنفًا أيضًا فقط لأنه لم يملك مالًا كافيًا للزواج وتأسيس عائلة. في بداية مهنته، كان فرويد عالم أعصاب واعد، أحد الرواد في فهم أهمية المشبك العصبي لوظائف الدماغ. لكنه لم يستطع الحصول على وظيفة جامعية، أجبر على الخروج من المختبر وممارسة علم الأعصاب بشكل أقل إجلالًا. قبل هذا الانقلاب الوظيفي بتردد وأسف شديد، لكنه لم يتخلى عن طموحه العلمي بالحصول على اعتراف علمي. بدلًا من ذلك قام بتحويل هدفه من الشرائح الدماغية إلى الأفراد. سرعان ما أصبح «داروين» الغرفة الاستشارية، باستخدام ملاحظات سريرية ذكية لعمل تكهنات دقيقة لافتة للنظر، قام بتحويل الدور المركزي الذي يلعبه اللاوعي والغرائز الفطرية في تحديد هويتنا، وما نشعر به، وكيف نفكر، وما نعمل، سواء في حال الصحة أو المرض. وقد قدمت العلوم المعرفية الحديثة والتصوير الدماغي تأكيدًا مقنعًا لأفكار فرويد الأعمق، رغم أن بعض تكهناته بدت الآن بعيدة عن المنطق.

ومما له صلة بموضوعنا هذا، أن فرويد أسس مهنة جديدة للطب النفسي أيضًا، وهي الطب النفسي لمرضى العيادات الخارجية، قدمها مع أسلوب تصنيفي يخصّ مرضاها الجدد. مظاهر الأعراض المعتدلة التي يسترزق منها الطب النفسي حاليًا كانت من اختصاص طبيب الأعصاب، وسماها «العصاب» إيمانًا منه بأنها نتاج مرض في الأعصاب. في كشفه للمنهج الجديد الكامل للتحليل النفسي، قام فرويد بإعادة صياغة مفهوم العصاب على أنه نتاج صراع نفسي مشروط ببيولوجية دماغية، لكنه ليس مرضًا دماغيًا بسيطًا. ثم شرع في تصنيف الحد الفاصل بين العصاب والميلانخوليا، اضطراب الهلع عن الرهاب، القلق المعمم، وصف اضطراب الوسواس القهري، الاضطرابات الجنسية، واضطرابات الشخصية. كان فرويد طبيب أعصاب متدرب، أمضى بضعة أشهر في دراسة الطب النفسي. المفارقة أن أطباء الأعصاب تجاهلوه، لكنه سرعان ما أصبح محبوبًا من قبل الأطباء النفسيين.

كان هناك عدد قليل من الأطباء النفسيين الأوائل، وقد كان عملهم محصورًا في المصحات، مُثقلين بلقب مؤسف «أطباء المجانين». لكن سرعان ما تغير الحال بعد فرويد. تحول تركيز تخصص الطب النفسي من المرضى الداخليين المريضين بشدة، إلى المرضى الخارجيين، المريضين باعتدال. غادر الأطباء النفسيون المستشفيات جماعات ليؤسسوا

مكاتب عيادات خارجية لهم، بينما في عام 1917 كان ما نسبته عشرة بالمئة فقط من الأطباء النفسيين ممارسين في العيادات الخارجية، أصبح الآن الغالبية العظمى منهم[13]. تضخم عدد المحللين النفسيين في الولايات المتحدة بعد فرار اللاجئين البارزين هربًا من النازية، ووجود أطباء للصحة النفسية، إضافة لنمو مهن جديدة لعلم النفس والعمل الاجتماعي. توسعت مجموعة المعالجين النفسيين لمعالجة شريحة أكبر من المرضى الخارجيين، مستخدمين مجموعة من تشخيصات المرضى الخارجيين المعتدلين المستمدة من التحليل النفسي.

تزامنًا مع ذلك، كانت حروب العالم تساهم بتُوسّع حدود الطب النفسي وتقوده للتيار الأساسي. اُعتبر المرض النفسي تهديدًا رئيسًا لجهد الحرب، وسببًا لعدم الأهلية لأداء الواجب، وشكلًا شائعًا لقتيل الحرب، ومصدرًا أساسيًا للإعاقة عند من يعودون إلى الديار. لم تصل التصنيفات المصممة للمرضى الداخليين المصابين بأمراض شديدة إلى تشخيص مصابي الحرب. فأُستدعي الأطباء النفسيون لصقل النظام ومعرفة كيفية إبقاء الجنود في حالة تأهب للقتال. ارتفعت رُتب عدد كبير منهم إلى رتب عسكرية عالية (من ضمنها الجنرال)، وكان لهم تأثير غير عادي في القرارات المتعلقة بالتجنيد، الحجز، والعلاج في المعركة[14]. وُضع تصنيف تشخيصي جديد من قبل الجيش، نقحته إدارة المحاربين القدماء، ونُقح مرة أخرى من قبل اتحاد الطب النفسي الأميركي كدليل تشخيصي وإحصائي أول، نُشر عام 1952[15].

الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث يُنقذ الطب النفسي

ازدهر الطب النفسي بعدما أثبتت الحرب العالمية الثانية أن هزيمة الحرب فرضت دورًا بارزًا جديدًا في حياة المدنية. أنشئت ولأول مرة أقسام منفصلة للطب النفسي في كل الكليات الطبية، كما افتتحت وحدات طبية نفسية جديدة في معظم المستشفيات العامة. هيمن نموذج التحليل النفسي في تلك الفترة، وكان التركيز منصبًا على العلاج وأسلوب الإرادة والثقة المهنية. بينما لم يحظَ التشخيص النفسي بأي شيء من هذه النهضة، كان هادئًا ومتجاهلًا وسط هذه العاصفة المثيرة. لم يكن الدليل التشخيصي والإحصائي الأول الذي (نشر عام 1952) ولا الدليل الثاني (عام 1968) مقروءًا، شعبيًا، أو حتى مستخدمًا[16].

في بداية السبعينات، وبشكل مفاجئ، تعرض التشخيص النفسي لعيب واضح على

اعتبار أنه سُيطيح بالطب النفسي. وقد نُشرت ورقتان على نطاق واسع لتُشكلا تهديدًا وجوديًا بشأن اعتماده كتخصص طبي كامل العضوية. الصدمة الأولى كانت دراسة بريطانية-أميركية وجدت أن الأطباء النفسيين من تخصص مختلف، يختلفون جذريًا في استنتاجهم التشخيصي، حتى عند تقييمهم المريض نفسه من خلال شريط الفيديو[17]. أما الصدمة الثانية، عندما أظهر طبيب نفسي ذكي كيف أنه من السهل أن تخدع الأطباء النفسيين لتقديم ليس فقط تشخيصات غير دقيقة، بل علاج غير مناسب أيضًا. حيث ذهب العديد من طلابه إلى غرف الطوارئ وأفادوا بأنهم يسمعون أصواتًا. أُدخل كل واحد منهم المستشفى النفسي بشكل فوري، بعد ذلك، وبصرف النظر عن سلوكهم السوي، أُبقي كل واحد منهم لأسابيع وأشهر في المستشفى. بذلك، أصبح الأطباء النفسيون مثل الدجالين لا يمكن الاعتماد عليهم، غير صالحين للانضمام للثورة البحثية الحالية لتجديد بقية المجال الطبي.

لولا روبرت سبيتزر لكان الطب النفسي خارج النطاق الطبي، ولربما انحرف مرة أخرى لغموض ما قبل الحرب العالمية. من النادر أن ينقذ المهنة رجل واحد، لكن الطب النفسي كان بحاجة للإنقاذ، وبوب كان الرجل النادر. ثمّ أتى باحث شاب في جامعة كولومبيا، كان قد شرع بالفعل في عمل متعصب، تقريبًا، ساعيًا لجعل التشخيص النفسي منهجيًا وأهلًا للثقة على المدى الطويل. أظن أن أيهاب قد طارد موبي ديك طويلًا(*).

كان بوب من بين الرواد الذين وضعوا قوائم لمعايير التشخيص البحثي، وهي طريقة معيارية قائمة على فرز الأعراض داخل اضطرابات تزيد من الموافقة التشخيصية للمقيمين المشاركين في الدراسات البحثية[18]. طور أيضًا أدوات مقابلة شبه منظمة لتسيطر على تقلبات التقييم عبر اقتراح تسلسل موحد، وصياغة للأسئلة المستخدمة لتقييم وجود أو غياب كل عرض[19]. كانت النتائج المبكرة التي استخدمت طريقة بوب مشجعة، كان المقيّمون يحصلون على اتفاق منطقي حينما يسألون الأسئلة نفسها ويستخدمون نفس قواعد المنهج من تفسير الأعراض إلى التشخيص. اتفق هذا مع التحدي الذي تعرضه الدراسة عبر-وطنية. أهم من ذلك، يوفر نظام التشخيص الموثوق بحثًا نفسيًا مع وسائل لازمة لتوظيف أدوات جديدة من البيولوجيا الجزئية، علم الوراثة، التصوير الدماغي،

(*) إشارة إلى المطاردة التي حصلت بين شخصيات خيالية في رواية (موبي ديك-هيرمان ميلفل).

الإحصاء متعدد المتغيرات، سيطرة البلاسيبو-الدواء الوهمي على التجارب السريرية. فجأة أصبح البحث في الطب النفسي فاتنًا ولم يعد ربيبًا للبحث الطبي. نمت ميزانية المعهد الوطني للصحة النفسية بشكل سريع، وفي معظم الكليات الطبية أصبح الطب النفسي ثاني أكبر مصدر لتمويل الأبحاث بعد قسم الطب الباطني متقدمًا بفارق كبير على بقية الأقسام العلمية والإكلينيكية. بدأت شركات الأدوية بضخ أموال هائلة في البحوث الطبية، بينما تُطور أدوية نفسية جديدة.

قام سبيتزر بوضع أسس مشروع البحث النفسي. ربما رضي العديد من الناس، لكن روح بوب لم تكن لتهدأ، سرعان ما أدرك أن هناك الكثير مما يمكن إنجازه. إذا كانت طريقة التشخيص القائمة على المعايير تعمل بشكل جيد في الدراسات البحثية، فلماذا لا تطبق على الممارسة السريرية اليومية؟ كان ذلك طموحًا جريئًا منه، لكن اتحاد الطب النفسي الأميركي عرض على بوب الفرصة المثالية لإدراك ذلك. طُلب منه عام 1975 أن يرأس فرقة عمل دسم DSM-III-3، وأُعطي سلطة واسعة ليضع أهدافه الخاصة، يختار طرقه، ويختار من يعاونه. كان حيويًا، عازمًا، عنيدًا، لا يُقهر، مؤمن حقيقي ومتحمس لما كان يعمله. عمل على هدف تحويل الممارسة النفسية كتلك التي تمارس في كل أنحاء العالم عبر كافة التخصصات النفسية. كما صاغها بوب بنفسه «هم يعطونني الكرة، وأنا أركض بها»، أنهى دسم[20] DSM-III-3 فوضى التشخيص وركز انتباهه على تشخيص دقيق كشرط ضروري لاختيار علاج محدد وأكثر دقة، كما أنه يشكل جسرًا ضروريًا بين البحث السريري والطب النفسي السريري[21].

واجه تطور دسم3-DSM-III عقبة كبيرة واحدة. حيث كانت الأدلة العلمية المتاحة محدودة لتوجّه أي قرار من قرارات الدليل-والتي كانت، أيّ من الاضطرابات يجب أن تدخل الدليل، وأيّ من الأعراض يجب اختيارها لتصف كل اضطراب. قام بوب بملء كل هذه الفجوات الكبيرة من خلال جلب مجموعات صغيرة من المتخصصين لكل اضطراب، والاستفادة منهم عبر انتزاع أفضل طريقة لتعريف مجموعات المعايير.

لم تكن عملية تسر الناظرين- كانت تشي بنوع من الأداء الفني أكثر من المشورة العلمية. جرت الاجتماعات على نمط موحد وواضح. مجموعة مكونة من ثمانية أو عشرة متخصصين يقفل عليها فعليًا في غرفة ولا تخرج حتى تتوصل لاتفاق جماعي. كانت الصباحات صاخبة وعاصفة، والخبراء يصيحون بما يعتقدون أنها الأعراض الأفضل،

وغالبًا ما يختلفون مع بعضهم البعض بشكل صريح. يجادلون بآرائهم العاطفية بعزيمة شرسة، اكتسبوها من التجربة الحية لا من البيانات العلمية، وبدا أنه لا وجود لطريقة اختيار عقلانية من بين اقتراحاتهم المختلفة. غالبًا ما يكون بوب هادئًا، يكتب بسرعة وشراسة في زاوية، يحاول أن يستجمع كل ما يمكنه أن يجمعه. بعد عدة ساعات من الفوضوية، يصل طبق كبير من المأكولات اللذيذة. ثم يهدأ المتخصصون أخيرًا لأنهم سينشغلون بالشطائر، سلطة الكرنب، المخللات والكريم صودا. في هذه الأوقات، يواصل بوب كتابته بشراسة وبتركيز تام، ويبدو غافلًا عن الطعام وأجواءه. بحلول نهاية الغداء، تحدث المعجزة، بوب ينهي فوضوية الصباح بوضع مسودة لمجموعة المعايير المحددة بعناية داخل تعريف واحد متماسك يضم جميع الاقتراحات المتبادلة والمتشعبة. فترة ما بعد الظهر عادة تكون هادئة، يصل الخبراء الناعسون إلى تسوية مع ما وصل إليه بوب. كلما استمر الجدل تذهب الميزة لمن كان صوته أعلى، وأكثر ثقة وعنادًا، وأكبر سنًا، وإن كان قد تحدث إلى بوب في نهاية الأمر أو لا. كانت طريقة مريعة لتطوير النظام التشخيصي، والذي سيكون خاضعًا لجميع أنواع التحيزات، لكنه كان أفضل طريقة متاحة في ذلك الوقت، والمفاجأة أنها نجحت كما عُمل لها. كان الدليل معيب بشكل مؤكد لكنه مفيد بشكل ملحوظ.

كان المطورون لهذه المعايير من الشباب المتحمسين في الطب النفسي (وعدد قليل من علماء النفس) وهي مجموعة نشأت حديثًا من الباحثين ذوي التوجهات البيولوجية ممن رأوا أنفسهم في مقدمة من يدفع بهذا المجال إلى بقية أقسام الطب، بعيدًا عن النماذج الاجتماعية والتحليلية التي هيمنت في السابق. لقد قُدِّم دسم 3-DSM-III بوصفه غير نظري فيما يتعلق بأسباب المرض، وبالمثل ما ينطبق على نماذج العلاجات النفسية، الاجتماعية، البيولوجية. كان ذلك صحيحًا على الورق لكن ليس في الواقع. إذ كان هناك بالفعل مجموعات معايير بُنيت على الأعراض السطحية ولم تسهب في المسببات والعلاج، لكن أسلوب الأعراض السطحية تلاءم بدقة مع النموذج الطبي البيولوجي للاضطراب النفسي، وساهم بتعزيزه بشكل كبير. رفض المزيد من البنى النفسية الاستنتاجية والسياقية الاجتماعية، ساهم بشدة من تقليل شأن النماذج الأخرى ووضع الطب النفسي داخل نوع من القيود التقييدية. حاول دسم 3-DSM-III التعويض عن ذلك عن طريق إدخال نظام مبتكر «متعدد المحاور» حيث يقيّم المرضى ليس على «المحور الأول» الأعراض النفسية فقط، بل أيضًا على «المحور الثاني» الاضطرابات الشخصية، «المحور الثالث»

الأمراض الطبية، «المحور الرابع» الضغوط الاجتماعية، و«المحور الخامس» المستوى العام الوظيفي. لسوء الحظ، تجاهل الأغلبية النظام متعدد المحاور. في الوقت الذي اقترح بوب مشروع «دع مئة وردة تزهر» كان بإمكانه أن يسلط الضوء على جميع العوامل التي تتعدى التشخيص الوصفي ليسُهم بتقييم كلي، لكن لم يكتب لمشروعه الحياة. شعر مؤيدو النماذج النفسية والاجتماعية بإقصائهم جانبًا، وفقدوا مركزهم وتأثيرهم تدريجيًا منذ نشر دسم 3-DSM-III.

لم تكن الثورات سهلة أو مكتملة. كان بوب يصارع بقوة مئات الأمور التي بدت مترسخة. كان الأطباء في تلك الأيام يكرهون أن يقادوا كالقطيع، (رُوضوا منذ ذلك الوقت). جمع دسم 3-DSM-III المرضى على أساس التشابه السطحي، متجاهلًا الفروق الفردية. على النقيض، يفضل الأطباء النفسيون الحذرون الاعتماد على التشاعر(*)، الحدس الخلاق لفهم كل قصة معقَّدة من قصص حياة المرضى، دوافع اللاوعي لديهم، إلى جانب السياق الاجتماعي. لم يرغب الأطباء أن يُحصروا ويتّبعوا بغفلة قواعد فُرضت عليهم بشكل غير رسمي. كان نهج دسم 3 المبسط ضروريًا للغاية لو أن الأطباء النفسيين اتفقوا على التشخيص، لكن بدا أنهم تركوا جانبًا كل أمر مهم بشأن المريض. قُدّم الدليل بلغة مشتركة، لكن ذلك لم يكن جذابًا لمعظم الناس الذين اعتادوا على استخدامه. كان يحوّل شعرية المرضى الأفراد إلى نثر دسم 3-DSM-III.

بدأت مشككًا بقوة بالدليل الثالث، كان متأخرًا ومتغيرًا بشكل جزئي فقط. عدت للوراء أنا وبوب قبل عشر سنوات من دسم 3-DSM-III. كان معلمًا لي في أواخر الستينات، كان يعجبني كثيرًا، لكنه كان خصمًا مهنيًا لأنه ركز كل اهتمامه على ما ظننت أنه سطحي، وأسئلة تشخيصية غبية. كنت مهتمًا بتعلم الدوافع التي تجعل الأفراد يستثارون، وكيف يمكنني مساعدتهم للحصول على حياة أفضل من خلال العلاج النفسي. بعد ذلك بسنوات، عندما بدأ بوب العمل على دسم 3-DSM-III كنت أكبر قليلًا، لم يقلّ اهتمامي، لكنني لم أكن أكثر حكمة. كان عملي حينها تشغيل العيادات الخارجية في مستشفى كورنيل بنيويورك، وكانت هوايتي المكلفة إكمال تدريب التحليل النفسي في جامعة كولومبيا، التي اعتدت فيها أن ألجأ لبوب في الممرات. خلال أحد نقاشاتنا القصيرة عرضت عليه

(*) يختلف التشاعر Empathy عن التعاطف Sympathy في كون الأول يعتمد على وضع الشخص نفسه بمكان صاحب المعاناة، بينما الثاني (التعاطف) يعتمد على تقديم مشاعر المواساة والتفهم لصاحب المعاناة.

ما بدا لي الآن اقتراحًا أحمقًا، وهو أن يُضمّن دسم 3-DSM-III اضطراب الشخصية الماسوشية ليصف الأشخاص الذين يدمرون فرص السعادة لديهم بشكل متكرر، لأسباب ماسوشية دون وعي منهم. درست تلك الفكرة في الصف وأنا أفكر بموضوع محتمل لورقة التحليل النفسي. رفضها بوب فورًا، مثلما فعلت لاحقًا مع دسم 4-DSM-IV عندما اقترحها أحدهم. شرح لي بوب كيف أنه من المستبعد جدًا أن يقيّم المريض على نحو موثوق، وأن جميع الاضطرابات النفسية تتأصل فيها انهزامية الذات. لكن نهجه كان عالميًا، ولربما تطوّع لقضاء وقت مع أي أحد من فريق العمل لإشباع شهيته النهمة لنقاش تشخيصي. سرعان ما انهمكت في العمل على دسم 3-DSM-III وكُلفت بمهام تحرير قسم اضطرابات الشخصية بالإضافة إلى شرح وتبرير أساليب دسم 3-DSM-III لزملائي المتشككين في العديد من الجمعيات التحليلية النفسية المختلفة.

حينما أتيح لي معرفة دسم 3-DSM-III تدريجيًا بشكل جيد، استطعت أن أقدّر ضرورته، بل فهمت حدوده الضمنية بشكل أفضل. كان انطباعي في ذلك اللحين والذي يبدو صحيحًا الآن أن دسم 3-DSM-III كأن أساسيًا بالفعل، لكن كان هناك مبالغة في بيعه وشراءه. كان بمثابة خلاص للطب النفسي، خلاص قائم على العلم، لكنه بتر رؤية هذا التخصص وأدى إلى تضخم التشخيص الضار. كان دسم 3-DSM-III ضروريًا بسبب ما جلبه من نظام للتشخيص وعلاج للاضطرابات النفسية. في السابق كان الطب النفسي شكلًا من الفن النقي، أحيانًا ذكي، وغالبًا ذاتي، لكنه في فوضى دائمة. ما زال هناك الكثير من الإبداع المفيد في الطب النفسي لكن لدينا الآن معيارية وأساس علمي حازم.

كان التهليل الذي لحق دسم 3-DSM-III مبالغًا به، لأن مستوى اتفاقية التشخيص التي حصلت في ظل الظروف المثالية في البحث لا يمكن أن تتحقق في متوسط الممارسات السريرية غير المنظمة. كان دسم 3-DSM-III يباع بشكل مفرط سواء كان ذلك بشكل مجازي أو حرفي. وقد فاجأ الجميع أنه أصبح من أفضل المبيعات بفضل مئات الآلاف من النسخ التي تباع سنويًا، أكثر بكثير من عدد العاملين في الصحة النفسية. لقد كان دسم-3 DSM-III ضحية لنجاحه، أصبح «الكتاب المقدس» للطب النفسي، واُستبعدت جوانب المجالات الأخرى التي أُلقيت تحت ظلاله دون حق. كان الواجب أن يكون التشخيص جزء من تقييم كامل، لكنه بدلًا من ذلك أصبح مهيمنًا. تقلص فهمُ المريض في الغالب إلى ملء قائمة مرجعية. وضاع في هذا الخلط، حيث يؤثر سرد حياة المريض والعوامل

السياقية على تشكيل الأعراض. لم يكن هذا عيبًا متأصلًا في دسم 3ـDSM_III بل أتى منه في الأصل، وذلك بعدما أعطيت له سلطة كبيرة من قبل الأطباء، المعلمين وطلابهم، الباحثين، شركات التأمين، أنظمة المدرسة، وكالات الإعاقة، والمحاكم. وعند العامة حلّ تشخيص دسم 3ـDSM_III سريعًا محل التحليل النفسي كموضوع لثرثرة حفلة كوكتيل وبدا أن الناس في غاية الحرص على إيجاد حل لمشاكلهم (أو مشاكل رؤسائهم) بين صفحات الدليل.

تضخم التشخيص كان من أسوأ عواقب دسم 3ـDSM_III. جزء من الخطأ كان في طريقة كتابته، ومعظمه حول كيفية إساءة استخدامه، تحديدًا تحت تأثير متاجرة شركات الأدوية بالمرض. كان دسم3ـDSM_III كابوس عامل البناء وحلم المنشق الخائن، وقد أدى تصدعه إلى تضخم التشخيص. لزيادة احتمالية موافقة الأطباء على تشخيص معطى، قسّم دسم 3ـDSM_III فطيرة التشخيص إلى قطع صغيرة متعددة وسهلة الهضم، لكن ذلك زاد من احتمالية تشخيص العديد من الأشخاص. إضافة إلى أن دسم3ـDSM_III كان مشمولًا بالعديد من الاضطرابات النفسية الجديدة التي تصف مظاهر أعراض خفيفة لأشخاص يقفون على الحدود السوية. ساهمت حقيقة أهمية دسم 3ـDSM_III للأطباء بشكل مفاجئ وللمرضى أيضًا، بتحفيز مزيد من التشخيص.

بالنظر لظروف عام 1980 عام نشر الدليل، نقول ربما حقق دسم 3ـDSM_III توازنًا عادلًا بين تعاطفه (أخطاؤه في تغييب أشخاص يحتاجون للتشخيص) وموثوقيته (في وصم أشخاص بتشخيص لا يحتاجونه). في ذلك الوقت، لم يعلم أحد أن هذا التأرجح سيتضخم وزنه سريعًا إلى درجة وجود تضخم في التشخيص. إن بذور هذا التضخم التشخيصي التي زُرعت مع نشر دسم 3ـDSM_III سوف تصبح قريبًا أشجار فاصولياء عملاقة بعدما تغذيها تسويق شركات الأدوية.

دسم ر3-DSM-IIIR مبالغة شديدة، ومبكرة جدًا

كان دسم 3رـDSM_IIIR مراجعة لدسم3ـDSM_III الذي نُشر عام 1987بعد سبع سنوات من صغيرا نشر الأول. كانت النية أن يكون تحولًا صغيرًا، ليس أكثر من تصحيح ثانوي للأخطاء والسهو الذي لوحظ بعد نشر دسم3ـDSM_III. كان بوب سبيتزر هو المسؤول مرة أخرى، وهذه المرة خرجت طاقته وحماسته عن السيطرة. سار المشروع

مرتين كما قرر له أصلًا وحصل له العديد من التغييرات الرئيسة، كلها كانت في سبيل تسهيل الحصول على تشخيص نفسي. كنت أنا جزءًا من الدائرة الداخلية التي تنصح بوب بشأن دسم 3ر_DSM_IIIR[22]، لكن تعطشه للتغيير وحماسه للتوسع كان من الصعب احتوائه.

صدور مراجعة الدليل الثالث كانت خطأً وتشتيتًا. أحد أهداف دسم 3_DSM_III إنشاء نوع من التصنيف الليني_Linnaean أو (الجدول الدوري) للاضطرابات النفسية التي من شأنها أن تحفز الأبحاث العلمية الأساسية إلى جانب السريرية. كان الغرض من النظام أن يكون عملية تكرار وتصحيح ذاتي_ آخذًا ما وضع أساسًا من مجموعات معايير وهمية في دسم3_DSM_III كنقطة لانطلاقه، ثم تأكيدها وتعديلها بناء على البحوث المقدمة. هذه العملية الدورانية لم تكن لتمضي لو أن نظام التشخيص عرض هدفًا بحثيًا مؤثرًا، بل ظلّ يتقلب باستمرار بناء على رأي مجرد.

الدرس الذي خرجت به، أن التشخيص يحتاج إلى البقاء ليسمح للبحث باللحاق به. إذ لم يكن من المنطقي مواصلة إعادة ترتيب البناء الوصفي للطب النفسي، وخلق تشخيصات جديدة أو تغيير عتبات التشخيصات الموجودة بناء على أهواء المتخصصين، ممن صدف أنهم موجودين في الغرفة. كان الأسلوب الضروري لدسم 3_DSM_III غير مناسب لدسم 3ر_DSM_IIIR. من المهم أن تكون التغييرات في التشخيص قليلة ومتباعدة حتى تحصل على فهم أعمق لمسبب الاضطراب النفسي، وما هي أفضل طريقة لتعريفه وعلاجه. معظم ما خرج به دسم3_DSM_III كان من عقول المتخصصين، وتُرجم إلى «دليل» من قبل بوب سبيتزر. علينا أن نكون أكثر حذرًا في المستقبل، بأن نطلب معايير علمية متشددة، آراء أقل شخصية، ولا تغيير من أجل التغيير فقط.

واقع تضخم التشخيص بأكمله كان بعيدًا بسنوات، لكن التهديد كان يلوح في الأفق. خرج دسم 3ر_DSM_IIIR، ودواء البروزاك جميعًا عام 1987. انطلقت مبيعات البروزاك بشكل جزئي لأن تعريف الدليل التشخيصي لاضطراب الاكتئاب الكبير كان تعريفًا فضفاضًا. كانت الرسالة واضحة، هذه أدوية ذات تأثير نفسي لها إمكانات تسويق هائلة، ويمكن أن تتأثر المبيعات بشكل كبير عبر قرارات الدليل التشخيصي والإحصائي. كان من المهم ألا يصبح نظام التشخيص أداةً لتسويق شركات الأدوية بصورة غير مقصودة.

قصة الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع

عندما أُسئل عن سبب اختياري لرئاسة فرقة عمل دسم4-DSM-IV، أقول مازحًا أن الاختيار كان عقابًا على خطاياي في سابق حياتي. المهم أنني لا أعرف حقًا لم أُخترت، حدث الأمر بصورة عرضية. سألني المدير الطبي لاتحاد الطب النفسي الأميركي إن كنت سأقبل التعيين، فكرت في الأمر ليوم واحد ثم وافقت بنعم. هكذا بكل بساطة. دون فوضى وضجيج، دون فحص ومقابلات أو منافسة، ولا اختبار لمؤهلاتي، أهدافي، أو أساليبي.

على النقيض، كان هناك اختيار ماراثوني سبق تعييني رئيسًا للطب النفسي بجامعة ديوك استغرق أربعة أشهر، واشتمل على ثلاثة اجتماعات للجنة البحث، محادثات عديدة مع العميد، اجتماعات مع رئيس المستشفى، رئيس الجامعة، والمدير المالي، ورؤساء الأقسام الأخرى، وحوالي خمسين عضوًا من القسم. قبل كل ذلك، قام ممثل لجنة البحث باستدعاء ثلاثين شخصًا لفحصي قبل تعييني. لقد عرفت جامعة ديوك عني أكثر مما عرفته عن نفسي. فكفلت لنا عملية الفحص الحذرة خطةً، وجدول عملٍ مشتركٍ وفعال.

في المقابل، أخذني اتحاد الطب النفسي الأميركي على محمل إيمان وتصور ضعيف عن كيفية أدائي. ربما اختاروني لأنني عملت على الطبعتين السابقتين من الدليل، وكنت رئيس لجنة اتحاد الطب النفسي الأميركي للتشخيص، وعند هذه النقطة كنت معروفًا لديهم. لم يكن هناك العديد من الأشخاص ممن يملكون خلفية للقيام بهذه المهمة، أو أنهم على استعداد لها. لكن مجرد بحث بسيط سيؤكد أنني الخيار الأفضل، والذي من شأنه أن يجعل خططي وتكليفي أكثر وضوحًا لديهم. وقد أتاحت لي عملية الاختيار العرضي التصرف وفقًا لما أرى.

أيضًا، لم يكن هناك أي توجه من اتحاد الطب النفسي الأميركي لاختيار الزملاء الذين سيعملون معي على دسم4-DSM-IV وطريقة العمل على إعداده. فكانت النزعة الطبيعية أن أجند أصدقائي. سيكون من الممتع أن تعمل مع من يعجبك، وسوف يسهل عليك وضع ساعات إضافية تطوعية لإنجاز العمل. قررت أيضًا أن أُدرج جميع الآراء المعارضة التي تصورت أن تكون مثيرة للجدل. لكن لم يدعني أحد أقوم بذلك.

قمنا بوضع أهداف متواضعة للغاية لدسم4-DSM-IV لإدخال الدقة، الموضوعية، والشفافية إلى الكيفية التي اُتخذت بها القرارات، دون أن نبتكر أو نضيف لمسات شخصية

للنظام[23]. كنت أعلم أننا لو وضعنا عبئًا إثباتيًا علميًا عاليًا، سيكون هناك القليل من التغييرات، لأنه لن يكون هناك أدلة مقنعة لدعم التغيير. يندر أن تقفز البيانات من الصفحة لتمسكك من عنقك وتجبرك على إجراء تغيير. الغريب أن الاتحاد الأميركي للطب النفسي كان يملك فكرة صغيرة عما ستكون عليه أهدافي، ويملك القليل عن المدخلات التي ستشكل دسم4-DSM-IV. كانت تلك غلطة. إذ ليس من المفترض أن يُترك لأي شخص حرية تقرير مستقبل النظام التشخيصي الذي له تأثير واسع النطاق. فقد أوضحت لنا المشاكل الكارثية لدسم5-5-DSM ماهية المخاطر الضمنية للقيادة التمييزية الطليقة.

وهذا يطرح مسألة أسلوب القيادة. كنت أنتهج أسلوب زعيم ذو كاريزما، من يهتم بكل سؤال ويحب الجدل الذي يحيط بكل تلك الأسئلة. كان نهج بوب ملائمًا لخلق نظام تشخيصي جديد وجذري، لكن الإبداع والابتكار لم تكن بالمهارات الملائمة لدورة التصحيح الثانوي المطلوب لدسم 3ر-DSM-IIIR أو دسم4-DSM-IV. لم يتولد عن السنوات السبع بين دسم 3-DSM-III ودسم 3ر-DSM-IIIR ثم دسم4-DSM-IV (1980،1987،1994) نتائج بحثية مقنعة لتسمح بمراجعة معتبرة لنظام التشخيص. على هذا، رأيت أن يكون دوري محافظًا، مكررًا أكثر من كوني مبتكرًا. كانت هناك مطالبة بمستوى عال من الإثبات العلمي قبل إجراء أي تغيير على المسائل الشخصية والقيادية. أعددت نظامًا غير شخصي من شأنه أن يعمل بشكل تلقائي لتجنب، وحل الخلافات. كان اتخاذ القرارات سبيلًا لاتباع القواعد أكثر من كونه تضارب قناعات شخصية. كان دور عضو المجموعة «باحث الإجماع» يستعرض بهدوء جداول البيانات المتاحة، لا يدافع عن قضية، ولا يطمح أن يكون رائد ابتكار تشخيصي.

لا تروقني الخلافات والجدل، وأراها غير منتجة، حرارة من دون ضوء. لذلك اتخذنا موقفًا عقلانيًا بأن أي خلاف مطول حول تفسير البيانات يعني أن المؤلفات العلمية مبعثرة وغامضة لتدعم التغيير. بذلك، لا يُجرى تغيير إلا عندما تكون هناك ضرورة ملحّة، واتفاق بالإجماع. وهذا لم يحدث بشكل دائم. كنا أقرب لهيئة محلفين معلقة لصالح الوضع الراهن. لكن لا يحضرني أي خلافات خطيرة.

كان هناك مئات من المتخصصين المفكرين الأفذاذ، يعملون على مشروع يمكن أن يكون وصفة لفوضى، فكان الترياق هو إعداد إجراءات تشغيلية نموذجية والتأكد من أن الجميع يتبعها عن قرب. كل الجداول الزمنية التي وضعت لدسم4-DSM-IV وضعت

بشكل جيد قبل بدء العمل عليه. وقد ضمنت سلسلة من مؤتمرات الأساليب أن كل إجراء سيمضي بطريقة متسقة. كانت بوادر إجراء التغيير واضحة، موحدة، ودقيقة. وضعنا مسارًا حاجزًا من ثلاث مراحل، يهدف للتخلص من الاقتراحات الجديدة. المرحلة الأولى كانت عبارة عن بحث بالمراجعات الأدبية لجمع البيانات العلمية المتاحة بدقة، مع الأخذ بعين الاعتبار المخاطر المحتملة والعواقب غير المقصودة لأي تغيير. تحتوي المرحلة الثانية على إعادة تحليل البيانات الممولة من مؤسسة ماك آرثر. سمح لنا ذلك بالوصول إلى مجموعة البيانات المجموعة، لكنها لم تُحلل بعد، كانت قابعة في حواسيب الباحثين حول العالم. يمكننا طرح الأسئلة المتعلقة بقرارات دسم4-DSM-IV التي لم تُجب عليها المؤلفات المنشورة بعد. واحتوت المرحلة الثالثة على التجارب الميدانية التي مُولت من قبل المعهد الوطني للصحة النفسية والتي شملت اثني عشر اضطرابًا اكتمل تغييرها. كان الهدف هو اختبار مجموعات المعايير البديلة لنرى كيف تكون مقارنتها تحت ظروف مُقاربة، (لكن لم تطابق) الحياة الواقعية.

كان دور القيادة المركزية مطابقة الجودة. ولم يكن دورنا قائم على تقرير المسألة بل ضمان اتباع القواعد. فمن واجبنا أيضًا الوفاء بكافة المواعيد النهائية. كانت نتيجة هذه الصرامة المنهجية كما توقعنا بالضبط. أُسقطت المقترحات الوليدة لأن العلم لم يكن في صفها. دسم4-DSM-IV كان مخلصًا لدسم 3ر-DSM-IIIR.

كل عملنا كان كتابًا مفتوحًا مع حدود مثقوبة للغاية. فأي شخص يبدي اهتمامًا في دسم4-DSM-IV يمكن أن يكون مستشارًا للعملية. شُجع أعضاء مجموعة العمل على التحدث والحصول على معلومات كاملة من الزملاء. في منتصف العمل، نُشر كتاب خيارات يعطي أي شخص الفرصة للتدقيق وإسقاط جميع التغييرات المقترحة. كما نشرنا كتابًا شاملًا مكونًا من أربعة مجلدات لدسم4-DSM-IV، الكتاب المرجعي كمصدر أرشيفي يتضمن كافة المراجعات الأدبية وإعادة تحليل البيانات، التجارب الميدانية، وتبرير القرارات[24]. سوف نرى أن دسم5-5-DSM أخفق في جزء كبير منه لأنه كان سريًا ومغلقًا عن التصحيح الخارجي.

رأينا دسم4-DSM-IV كدليل إرشادي، وليس كتابًا مقدسًا، بل عبارة عن مجموعة من البنى التشخيصية المفيدة بشكل مؤقت، لا كتالوجًا لأمراض «حقيقية». حاولنا أن نوضح ذلك بشكل موسع في مقدمة دسم4-DSM-IV وبتوسع أكبر في الدليل الإرشادي

لدسم DSM-IV-4. لسوء الحظ، لست متأكدًا مما إذا قرأ أحد المقدمة، وأعلم أن هناك القليل ممن قرأوا الدليل الإرشادي[25]. إن الناس ليسوا ملزمين بالتمسك بفئات الدليل التشخيصي والإحصائي، لكنها حتمًا ستجعل منك طبيبًا أفضل إن عرفتها.

لم ينقذ دسم DSM-IV-4 السواء أو حتى يحميه بشكل جيد. بعد ثلاث سنوات من نشره فازت جماعات شركات الأدوية بنصر عظيم على تنظيمنا المعقول. وأصبحت الولايات المتحدة البلد الوحيد الذي يسمح بترويج الأدوية للمستهلك بشكل دعائي مباشر. سرعان ما امتلأت موجات الأثير والمطبوعات بتأكيد على أن مشاكل الحياة اليومية هي في الواقع اضطرابات نفسية غير معترف بها. اتضح أن دسم DSM-IV-4 حاجزًا ضعيفًا غير قادر على سد العديد من المطالب الكاذبة المحرضة لشركات الأدوية الشيطانية. على الرغم من أننا رفضنا باستمرار مقترحات يمكن أن تفيد شركات الأدوية، إلا أننا لم نتكهن بأن هذا الدليل المحافظ يمكن أن يكون علفًا لإعلانات تدرّ ذهبًا. في غضون سنوات قليلة، كان من الواضح أن شركات الأدوية فازت وخسرنا نحن في المقابل.

كان هناك خطوات حيث أمكننا (وربما وجب علينا) اتخاذها للمساعدة في كبح التضخم التشخيصي. والأهم من هذا، كان بإمكاننا تضييق بوادر التشخيص في دسم4-DSM-IV (بحيث يتطلب مزيدًا من الأعراض، مدة أطول، وتدهورًا أكبر) ليصعب على شركات الأدوية أن تروج التشخيص. لكن يبدو أننا وقعنا في شر أعمالنا المحافظة، فقد تطلبت قواعد الإثبات الصارمة وجود بيانات علمية مقنعة قبل أن نتمكن من إجراء أي تغيير في أي جانب. باتباعنا للقواعد التي وضعناها، أصبح من الصعب تفريغ النظام التشخيصي من التضخم. كانت القواعد عقبة ضرورية للحد من صناعة القرار العشوائي، وميل المتخصصين الطبيعي للتوسع في مجالاتهم. إن كون الدليل مبنيًا على الأدلة لا على الآراء الشخصية، ساعدنا بتجنب مزيد من تضخم التشخيص، لكنه منعنا من خفض مستوى التضخم الموجود. وبما أنني أعلم اليوم ما علمته بالأمس، أقول ربما كان ذلك خطأً. كان من الأفضل خلق معيار مزدوج وتحديد أدلة أقل لتؤثر على تقليص التشخيص بدلًا من تعزيز تضخمه. من المؤكد أن التقليص سيكون عشوائيًا وصعبًا، لكنه يبدو الآن أفضل من الإفراط في العلاج والتشخيص التي كان يحميها سابقًا التزامنا بالأدلة.

كان بإمكاننا القيام بكثير من التحذيرات. ووجب علينا أن نكون أكثر فعالية في تثقيف المتخصصين والمرضى المحتملين حول مخاطر فرط التشخيص. كان من الواجب أن

يكون هناك تحذيرات بارزة في دسم 4_DSM_IV من فرط التشخيص، وكان من الواجب تقديم نصائح لتجنبه. كان لزامًا علينا تنظيم مؤتمرات مهنية وعلمية وحملات تعليمية للتصدي للدعايات الإعلانية من شركات الأدوية. لكن ذلك لم يخطر على بال أي منّا في ذلك الوقت. لم يحلم أحد بانفجار الإعلانات الدعائية لشركات الأدوية بعد ثلاث سنوات من نشر دسم 4_DSM_IV أو أنه سيكون هناك أوبئة ضخمة مثل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، التوحد، واضطراب ثنائي القطب. بالتالي، لم يشعر أي أحد بضرورة منعها. ظننا أن بكتابتنا الدليل قد قدمنا عملًا جيدًا إلى حد معقول، ولم نعتقد أن من مهامنا التأكد من استعماله بشكل مسؤول. فات هذا الأمر على أذهاننا. حتى لو كنا أكثر ذكاء وصرامة، على الأرجح أننا لن نستطيع إيقاف مد فرط التشخيص. شركات الأدوية الكبرى كانت أضخم، أغنى، وتملك ببساطة سياسة قوية جدًا، لكنني نادم بشدة على أننا لم نحاول بصورة أبلغ.

فما هي نتيجة أدائي النهائية في دسم 4_DSM_IV؟ مبعثرة من دون شك. على صعيد إيجابي، قمنا بتغييرات قليلة جدًا، طورنا وأنشأنا طريقة دقيقة من المراجعة العلمية، وتحسين دقة كتابة الدليل وترميزه. قمنا بخطأ وحيد وواضح. أما على الجانب السلبي، أسهمت التغييرات التي أنجزناها بشكل مباشر في أوبئة كاذبة مثل التوحد، تشتت الانتباه، واضطراب ثنائي القطب للبالغين، لم نفعل شيئًا لمنع فرط تشخيص العديد من الاضطرابات الأخرى التي نُفخت من قبل شركات الأدوية، والخطأ الوحيد الصريح والكارثي، كان في سوء الصياغة في قسم الشذوذ الجنسي الذي سمح بانتهاك غير قانوني، ألا وهو إلزام المغتصبين بالإقامة الإلزامية في المستشفيات النفسية. كان من الممكن أن نقوم بما هو أكثر سوءًا، لكن وجب أن نتكهن أساسًا بالعواقب غير المقصودة ونمنع استمرار تضخم التشخيص. حاولنا أن نكون أكثر صرامة وحمتنا مقولة «لا تقم بأي ضرر» من معظم أخطاء اللجنة. لم نقم بضرر بالغ، لكننا لم نكن ذي نفع. عندما اكتمل الجهد كنت فرحًا جدًا بدسم 4_DSM_IV. الآن أتمنى لو أننا فعلنا الكثير لإنقاذ السواء والحدّ من التساهل الذي مكّن شركات الأدوية من بيع الأمراض النفسية.

أُثير سؤال مشروع حول دوافع من يعملون خلف دسم 4_DSM_IV. حول ما إذا كنا متساهلين مع تضخم التشخيص بسبب تضارب المصلحة المالية؟ حيث تصاعد القلق من دراسة حديثة تُظهر أن ما نسبته 56 بالمئة من متخصصينا لديهم صلة مالية بشركات

الأدوية. وهذا يؤكد على أن الشركات كانت تسحب السلاسل من خلف الكواليس مباشرة وبمهارة عالية، لتوجّه القرارات نحو المزيد من التشخيص والعلاج. والسؤال قانوني بالتأكيد لأنه لم يكن لدينا سياسة تضارب مصالح أو نظام تدقيق. هذه الغفلة كانت خطأً سخيفًا من جانبنا، إذ لم تخطر في بال أي أحد منّا عندما بدأنا العمل، قبل ظهور البروزاك عام 1987. لا يوجد عذر لفشلنا في وضع أدوات رسمية للحماية من تضارب المصالح. أعتذر عن ذلك، لكنني لا أوافق على أن تضارب المصالح المالية أضرّ بأي من قراراتنا. والدليل في التجربة. أثبتت النتائج أن لدينا طرقًا صارمة للمراجعات تحمينا بنجاح ضد أي تضارب مصالح محتمل، تمامًا مثلما كان التدقيق على وجه شمولي. حيث أسقطت العشرات من المقترحات التي تُعزز لشركات الأدوية. فقط اثنين من قراراتنا مضت لمساعدتهم، تخففنا قليلًا من متطلبات اضطراب تشتت الانتباه، وقدمنا اضطراب ثنائي القطب فئة ب. هذان القراران شغلا موضعًا إكلينيكيًا هامًا، فكلاهما كانا مدعمان بأدلة جوهرية، ولم يكن لأي واحد منها قيمة تجارية عندما أُصدر القرار. لسوء الحظ، استغلت شركات الأدوية كلا القرارين حين مُنحوا حق الإعلان للمستهلك، وقاموا بإنتاج منتجات جديدة وباهظة الثمن، حدث هذا بطرق لم نكن نتخيلها أو نمنعها. لم تلعب صناعة الأدوية أي دور في كتابة دسم4_DSM_IV، لكنها لعبت دور صاحب القرار في كيفية إساءة استخدامه. أتفق أن زوجة القيصر ليست فوق الشكوك، لكنني متأكد يقينًا أن الشك في هذه الحالة في غير موضعه[26].

لدى الأدلة التشخيصية والإحصائية سجل مختلط. فقد قدمت توظيفًا قيّمًا للغاية في تحسين موثوقية التشخيص النفسي وتشجيع ثورة البحوث النفسية. لكن كان لديها نتائج ضارة غير مقصودة في إطلاق تضخم التشخيص، والإسهام ببقائه حيًا، وهذا الأمر هو ما يهدد السواء، وربما نتج عنه فرط علاجي هائل بالأدوية النفسية.

الهوامش

(1) **Genesis** 2:20. Holy Bible. King James Version (Cambridge Edition. 2000).

(2) **Encyclopaedia Britannica,** online edition, 2012, s.v. «Shamanism,» http://www.britannica.com/EBchecked/topic/538200/shamanism.

(3) Jerome D. Frank and Julia B. Frank, Persuasion and Healing: **A Comparative Study of Psychotherapy** (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1961).

(4) M. Fornaro, N. Clementi, and P. Fornaro, «Medicine and Psychiatry in Western Culture: Ancient Greek Myths and Modern Prejudices,» **Ann Gen Psychiatry** 8 (2009): 21.

(5) Hippocrates, The Corpus: **The Hippocratic Writings** (New York: Kaplan, 2008).

(6) Galen (edited and translated by Ian Johnson), **On Symptoms and Disease** (Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 2011).

(7) Roy Porter, Madness: **A Brief History** (Oxford, U.K.: Oxford University Press, 2002).

(8) Heinrich Kramer and James Sprenger (translated by Christopher Mackay), **Malleus Maleficarum** (Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 2006).

(9) «Medicine in the Medieval Islamic World,» **Wikipedia, last modified August** 18, 2012,

(10) Joseph Frank Payne, **Thomas Sydenham** (Charleston, SC: Nabu Press, 2010).

(11) Wilfrid Blunt, **Linnaeus, the Complete** Naturalist (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2001).

(12) Jan E. Goldstein, Console and Classify: **The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century** (Chicago: University of Chicago Press, 1987).

(13) E. Shorter, A History of Psychiatry: **From the Era of the Asylum to the Age of Prozac** (New York: John Wiley, 1997).

(14) Hans Pols, PhD, and Stephanie Oak, BMed, **«War and Military Mental Health,»** Am J Public Health 97, no. 12 (2007): 2132–42.

(15) Walter E. Barton, MD, **History and Influence of the American Psychiatric Association** (Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, 1987).

(16) DSM-I: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (American Psychiatric Association, 1952).- DSM-II: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (Washington D.C., American Psychiatric Association, 1968).

(17) John E. Cooper and others, «Cross-National Study of the Mental Disorders: Some Results from the First Comparative Investigation,» **Am J Psychiatry** 125 (1969): 21–29.

(18) R. L. Spitzer, J. Endicott, and E. Robins, **Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders, 3rd ed.** (New York State Psychiatric Institute, 1978)

(19) J. Endicott and R. L. Spitzer, «A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia,» **Arch Gen Psychiatry** 35 (1978): 35, 773– 82.

(20) DSM-III: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed.** (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1985).

(21) H. H. Decker, **The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American**

Psychiatry (Oxford, U.K.: Oxford University Press, 2013).

(22) DSM-IIIR: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed.**, rev. (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987).

(23) DSM-IV: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994).

25. A. J. Frances, T. A. Widiger, and H. A. Pincus, «**The development of DSM- IV,**» Arch Gen Psychiatry 6 (1989): 373–75.

(24) Thomas A.Widiger, PhD, and Allen J. Frances, MD, DSM-IV Sourcebook, volumes 1–4 (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994).

(25) A. J. Frances, M. B. First, and H. A. Pincus, **DSM-IV Guidebook** (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1995).

28. A. J. Frances and others, «DSM-IV: work in progress,» **Am J Psychiatry** 147 (1990): 1439–48.

(26) L. Cosgrove, S. Krimsky (2012) «A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists,» **PLoS Med** 9(3): e1001190. doi:10.1371/journal.pmed.1001190.

L. Cosgrove, H. J. Bursztajn, and S. Krimsky, «Developing unbiased diagnostic and treatment guidelines in psychiatry,» **N Eng J Med** 360 (2009): 2035–36.

الفصل الثالث

تضخم التشخيص

أليس: «لكنني لا أريد أن أكون بين أناس مجانين»
القطط تشيشاير: «أوه، لا يمكنك ذلك، كلنا هنا مجانين»

(أليس في بلاد العجائب/ لويس كارول)

إن التطورات الهائلة الناتجة عن البحوث الطبية بالكاد تركت لنا شخصًا سليمًا.

ألدوس هكسلي

هناك عدة أسباب لتضخم التشخيص الذي يتطلب العديد من العلاجات. بعض المشاكل متأصلة في الطب النفسي وتحتاج إلى علاج من أصحاب المهنة. لكن هناك قوى خارجية قامت بثني عضلاتها وأمسكت بالدليل التشخيصي والإحصائي، واستخدمت أساليب ذكية للتشجيع على إساءة استخدامه. نجحوا في تغيير عادات التشخيص بأساليب لم نكن لنتخيلها، وكنا نفتقر إلى أدوات لإحكام السيطرة. لقد شهدنا في الثلاثين سنة الماضية دورة مفزعة ومخيفة. فقد أدى تضخم التشخيص إلى إحداث نمو هائل في استعمال الأدوية النفسية، نتج عن هذا أرباح ضخمة وفرت لمصانع الأدوية الوسائل والدافع لتفجير بالون فقاعة التشخيص الآخذ بالتضخم. أصبح تشخيص الأمراض النفسية عملة رخيصة، مما جعل «السواء» عملة نادرة. تمامًا مثلما يحدث في التضخم المالي، الأموال السيئة تدفع الخيّرة من التداول وتشوّه الموارد. فالجهد الذي نستهلكه على مرضى لا يعانون حقيقة من أي اضطراب نفسي، يحرم من هم بأمس الحاجة إليها، أولئك المرضى الحقيقيين هم من يحتاج لتشخيص ورعاية نفسية.

أسباب تضخم التشخيص

إلحاقًا لزوبعة تضخم التشخيص في بقية أقسام الطب، لم يخترع الطب النفسي تضخم التشخيص بل تبع الحشد بصورة عمياء حينما حوّل الأمر الطبيعي إلى مرض مفزع. بقية أقسام الطب كانت المبادرة بتعزيز الفكرة القائلة بأن كل واحد منّا بحاجة لتكرار فحوصاته المخبرية لنعلم بما يجري داخل أجسادنا، وما إذا كان هناك احتمالية وجود خطر ما، حتى قبل وجود أي أعراض مرضية. يا له من هدف جذاب ـ افحص مبكرًا للوقاية من المرض، وقبل أن يحكم سيطرته وضرره عليك. لم يكن هذا الفحص سيقلص من المعاناة الإنسانية، لكن ربما وفر بعض المال. الكشف عن السرطان قبل انتشاره، علاج ارتفاع ضغط الدم الخفيف قبل أن يتطور إلى مرض القلب، التحكم بسكر الدم قبل أن يصبح سكري مكتمل، الوقاية من فقدان العظام قبل أن تتسبب الهشاشة بكسور في العظام. في الحالات القصوى، يخضع الناس لأشعة مقطعية شاملة لتوضح كل الزوايا الداخلية المظلمة، حتى اتضح أن الفحص أسوأ من المرض. إن مخاطر الإصابة بالسرطان جراء التعرض للأشعة تفوق بكثير أي فائدة محتملة للكشف المبكر عن السرطان. التدخل الوقائي سيكون أمرًا رائعًا، لو أن لدينا طريقة معينة لتحديد من يحتاجه. لكن معظم عمليات الفحص المبكر تختار أشخاصًا كان من الأولى تركهم وشأنهم[1].

دعايات الوقاية في كل مكان. مفاجآت تقدم العلوم الطبية تحدث يوميًا. فحوص جديدة تُجرى باستمرار لتنخفض عتبات اختلال الفحوص القديمة، مما يخلق حشدًا هائلًا من المرضى الجدد. يطلب الأطباء مبالغ عالية لكل فحص يمكن إجراؤه على المريض، فقط ليكون في منطقة الأمان. تعزز الإعلانات فوائد الفحص وعواقب ترك المرض دون وقاية. كان لتقنيات الفحص التخويفي نجاحًا ماليًا هائلًا لمن قام بالترويج لها، لكن الأدلة تُظهر لنا باستثناءات قليلة (على سبيل المثال، فحص سرطان الرئة للمدخنين، أو سرطان القولون للجميع) أن الفحص ليس جيدًا للمرضى غالبًا، وأنه في الواقع لا يحسن من حقيقة النتائج، غير أنه يزيد العبء بعلاجات مكلفة وغير ضرورية. إضافة لخسارات المجتمع الذي يدير مئات المليارات من الدولارات في السنة، والتي يمكن أن يستفاد منها في علاج مرضى حقيقيين، مرضى لا يملكون تأمينًا في الوقت الحالي. إن الطب الوقائي هدف ذهبي أُستخدم بصورة سيئة لأنه أصبح صناعيًا وعبدًا للأرباح والإعلانات الدعائية.

بدأ السواء يعمّ. مؤخرًا، بدأت تسع جمعيات حملة «اختر بحكمة» تنشر الحملة قائمة

من خمسة وأربعين فحصًا وعملية كانت مشهورة في السابق[2]. لم يعد فحص سرطان البروستاتا من ضمن الخيارات- فقد فشل في إنقاذ الأرواح ونتج منه عمليات جراحية عنيفة لا داعي لها. أصبح فحص سرطان الثدي أكثر تشذيبًا. لا مزيد من أشعة مقطعية للصداع، أو أشعة سينية لألم الظهر. اتضح أيضًا أن موسع الشعب الهوائية، والأكسجين لا تجدي نفعًا مع معظم مرضى الانسداد الرئوي المزمن[3]. والقائمة تطول. أثبت الطب القائم على الأدلة أن تقديم الوقاية كان مبالغًا به، سابقًا لأوانه، ولم يكن قائمًا على أساس الأدلة.

تكمن معاناة التشخيص المبكر للمرض بإشكالية كونه «إبرة في كومة قش». إذ تضع الفحوص الطبية معايير منخفضة بشكل روتيني حتى لا تحرم المحتاجين للفحص، لكن هذه العملية تنتهي إلى تصنيف الطبيعيين إلى مرضى[4]. إن وجدت فوائد فقد كسبها القلة، وحتمًا لن تفوق الأضرار التي لحقت الكثير. تأتي بعض التصنيفات الخاطئة للتشخيص المبكر من حماس وحسن نية الباحثين الطبيين، والممارسين المتأهبين لمساعدة المرضى في محاربتهم للمرض. لكن أفضل النصائح تأتي من الأرنب الأبيض في قصة أليس في بلاد العجائب. يوم أن قال: «لا تقم بشيء قف هناك».

دافع الربح أيضًا له دور مهم. تنبأ الرئيس آيزنهاور قبل خمسين عامًا بالضرر الاقتصادي والاجتماعي الذي يمكن أن ينجم عن مجموعة عسكرية صناعية قوية جدًا[5]. في تطور شبيه، شهدنا نموًا هائلًا في المجموعة الطبية الصناعية شاملًا لشركات الدواء الكبرى. شركات التأمين، الفحوص المخبرية، صانعي المعدات والأجهزة، المستشفيات، والأطباء جميعهم متحمسون لتوسيع السوق عن طريق خلق أشخاص «على وشك أن يمرضوا»، ممن يحتاجون لفحوص وعلاجات لكي يتجنبوا المرض في المستقبل.

تنفق الولايات المتحدة ضعف نصيب الفرد من الرعاية الطبية مقارنة ببقية العالم[6]. وهو استنزاف رهيب لاقتصادنا، كما أن استثمارنا فيه الذي يبلغ قيمته 2 ترليون دولار له عوائد زهيدة. إننا نحصل على نتائج طبية متوسطة، نفرط في اختبار وعلاج أولئك الذين ليسوا بحاجتنا، ونفشل في تقديم رعاية كافية لأولئك الذين هم في أمس الحاجة لنا. ربما لن نتمكن من تصميم نظام أقل كفاءة وأكثر إنصافًا حتى لو اجتهدنا بالمحاولة.

في الوقت عينه، نقوم بتجاهل أفضل سبل الوقاية من الأمراض، كتعزيز الرياضة، النظام

الغذائي السليم، الاعتدال في شرب الكحول، الامتناع عن التدخين والمخدرات. هذه التدابير المفيدة والزهيدة للغاية لا تُريح مجموعة الصناعات الطبية، بالتالي تفتقر إلى الدعم والرعاية المالية. جاء أكبر تحسن في الصحة لدينا خلال الخمس والثلاثين الماضية من حملات غير مكلفة نسبيًا للحد من التدخين، ولم تأتِ من الجهود المكلفة لمجموعة الصناعات الطبية. نحتاج لحملة أخرى للحد من الإفراط في الفحوصات والإفراط في العلاج، وسوف توفر لنا المال وتحفظ الصحة. لنأمل بأن حملة «اختر بحكمة» ستساعدنا على تصحيح تجاوزات الطب الوقائي.

أتمنى ألا تنتشر موجة الفحص المبكر إلى الطب النفسي. فمن يروجون لتوسيع حدود الاضطرابات النفسية، يزعمون أن تحديد المرض للمضطربين بشكل طفيف سوف يساعدهم على تجنب المرض النفسي الشديد في المستقبل، مُدعّمين حجتهم بالنجاح المبهر للتدخل المبكر[7] للفحوص الطبية للأمراض الجسدية. لكن هناك سلبية في هذه الإيجابية- فالتدخل المبكر في الطب هو فشل في الغالب ويقدم نموذجًا مريعًا. لقد ارتكز الطب النفسي بشكل خاطئ على محاكاة أسوأ جوانب الطب في أميركا- أي: الجمع بين ضرر المبالغة بعلاج البعض، إلى جانب الإهمال القاسي لآخرين.

هل ضغوط مجتمعنا تزيد من المرض؟

تقول أحد النظريات أن المرض النفسي آخذٌ في الارتفاع لأننا نعيش تحت ضغط رهيب في مجتمع مرهق يسير بتسارع كبير. فمن الصعب أن تكون طبيعيًا لأن عالمنا الحديث يدفعنا إلى الجنون. ربما يشقّ عليّ دحض هذا التصور، لكنني أجده غير مقنع تمامًا. نحن الأوفر حظًا من بين مئات الآلاف من أجيال أسلافنا ممن عاشوا على الأرض، نملك امتيازًا استثنائيًا في عيشنا في الوقت الحالي. عانت الأجيال السابقة (وكذلك من يعيشون الآن في الأنحاء الأقل حظًا في العالم) من كوارث يومية لا يمكن لمعظمنا تصورها. الحياة كانت وستكون مجهدة للغاية بطريقة أو بأخرى. من الطبيعي أن تشغلنا الضغوط مادام أن معظمنا لن يقلق بشأن وجبة الطعام القادمة أو من هجوم حيوان وحشي عابر.

ثمة نوع آخر من فرضية البيئة السامة يتمثل بأن معدلات الأمراض النفسية تدفعها الضغوط الجسدية لا النفسية. فقدت النسخة الشعبية من هذه الفرضية مصداقيتها، ولا زال صداها يتردد، ألا وهي الاعتقاد بأن التطعيم يسبب التوحد[8]. هناك أسباب أخرى

بدت غير محتملة أيضًا - كالقول بأن تأرجح معدلات التشخيص يتبع دورة زمنية تتلاءم مع الموضة أكثر من السموم.

الملوثات البيئية الوحيدة التي أُثبتت أن لها تأثيرًا على الاضطراب النفسي هي الكحول والمخدرات. فهي تضرب الدماغ بتأثير عاطفي شديد يمكن أن يضاهي معظم أعراض الاضطرابات النفسية في الدليل التشخيصي بشكل تقريبي. لكن الكحول والمخدرات يمكن أن تفسر جزءًا ضئيلًا من تضخم التشخيص. من الجدير ذكره، أن اضطرابات الطفولة لم تتأثر كثيرًا بمسألة المواد السامة، مثلما توسعت مؤخرًا عند الأغلبية[9].

النظرية الثالثة هي أننا لسنا أقل مرضًا من قبل، بل أصبحنا أفضل في ملاحظة الأمراض التي غابت عنا في السابق. جزء من التضخم التشخيصي مرغوب فيه بالطبع- في انتقاءنا للحالات المغيبة في السابق. لكن جزء منها فقط، وربما جزء صغير. ليس بإمكاننا تطبيق التسميات التشخيصية بنفس الدقة الجراحية، بحيث نميز بشكل دقيق من يحتاج للتشخيص فعليًا ومن هو بخلاف ذلك.

يكون التمييز واضحًا في حالات المرض الشديد والصحة التامة. لكن الحد بين المرض النفسي والسواء غامض للغاية، بحيث أننا إذا توسعنا سريعًا بوصم من يحتاجون المساعدة بالمرض النفسي، نخطئ في وصم كثير ممن لا يحتاجون المساعدة.

إن الطبيعة البشرية مستقرة ومرنة. فلم يكن هناك وباء حقيقي للمرض النفسي، إنما التعريف الفضفاض للمرض يُصعّب على الأشخاص اعتبار أنفسهم أسوياء. الناس هم أنفسهم، لكن التسمية التشخيصية تبدلت إلى حالة من المرونة. مشاكلنا التي اعتدنا على وجودها وتسامحنا مع كونها جزءًا من الحياة، أصبحت تشخص الآن وتعامل على أنها اضطراب نفسي. إن تطبيق التسميات النفسية أو الإمساك عنها في هذه الحالات الحدودية يوضح كيف نرى أنفسنا كأفراد ومجتمعات. إذا خلقنا تعريفًا فضفاضًا وطبقناه بشكل حر فنحن نجنّد جيشًا من «المرضى» الجدد، سيكون العديد منهم بأفضل حال إن تركناهم في حال سبيلهم. نحن لسنا مجتمعًا مرضي بأي حال من الأحوال، حتى لو رأينا أنفسنا على هذا النحو.

الضغوط الاجتماعية ليست مسببًا لزيادة الأمراض النفسية الحقيقية، بل هناك نواح اجتماعية أخرى تعزز الشعور بأننا نزداد مرضًا. في عالمنا المتجانس- نملك القليل من

التسامح الذي يتزايد تجاه الاختلاف الفردي أو الشذوذ، فنقوم بتحويله إلى مرض. الطفل الأصغر في الصف ليس الأنشط لأنه أصغر ولد، لكننا بدلًا من ذلك نقول بأن لديه اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ويجب أن يصرف له الدواء اللازم[10]. أصبح مجتمعنا ينحى نحو الكمال بشكل متزايد. إن القصور في وجود السعادة الكلية أو الفشل في الحصول على حياة خالية من القلق غالبًا ما يترجم على أنه مرض نفسي. فقد وضعنا أهدافًا عالية، وتوقعات غير واقعية خاصة عندما يتعلق الأمر بأطفالنا.

البدع الجديدة تعزز تضخم التشخيص

أصبحت موضة التشخيص النفسي متقلبة مثل شعبية نجم روك، ومطعم عصري، أو وجهة سياحية. لأنه لا توجد فحوص بيولوجية أو تعريفات واضحة تميز بين السواء والمرض النفسي، فكل ما في التشخيص النفسي يعتمد على الأحكام الذاتية التي تتأثر بسهولة. كلما قفزت معدلات الاضطراب النفسي بشكل متفجر، والرهان الآمن دائمًا على البدعة. نفترض أن العديد، إن لم يكن الأغلبية، ممن وصموا على أنهم «مرضى» جدد، هم في الحقيقة «أسوياء بشكل كاف». ومن المرجح أن يتلقوا علاجًا لا يحتاجونه نتيجة للوصم الخطأ.

تبدأ البدع عندما تُعطي السلطة الأقوى قوة وشرعية لذلك الفعل. إن نظام الدليل التشخيصي والإحصائي، ومن وضعه من «المتخصصين» هم واضعي الموضة الأساسيين- وهما القوة الدافعة لتعريف أمراض نفسية جديدة، وتصنيف المضطربين بشكل خفيف. بكل أسف، يعاني معظم المتخصصين من تضارب مصالح فكري ينزع بهم نحو تضخم التشخيص. حيث يغيّبون الصورة الكاملة بتركيزهم على البحوث المتخصصة- يقلقون من عدم وجود تشخيص لمريض يحتاج لتشخيص، إلى درجة تجاهل مخاطر تصنيف مريض ليس بمريض فعليًا. هناك جانب عاطفي أيضًا، فحين يصبح المتخصصون مؤمنين بعمق، يظهر حبهم لتشخيصاتهم الولودة ورغبتهم بتنميتها وتطويرها. بينما يضغط كل فرد على تقليص التوسع، يضرب مجموع الضغوط مستوى عال من التضخم. قدت هؤلاء المتخصصون لخمسة وثلاثين سنة، لم يسبق أن اقترح أحدهم-ولا مرة واحدة- تضييق نطاق التشخيص[11].

يساهم الإعلام والإنترنت في تغذية ذلك، وتغذية البدع بالأخص. إذ يمكن للوباء

الكاذب أن ينتشر في عالمنا الحديث مثل انتشار النار في الهشيم، وبتغطية 24/ 7 ساعة. بعضٌ مما سُلّط الضوء عليه قديم وقيّم للغاية، ربما يؤدي لإدراك شعبي وقبول حسن للمرض النفسي، لكن معظم القصص تُضخّم التشخيص «التوحد في كل واحد من ثمانين!!!» «فحص وعلاج الزهايمر قاب قوسين من الحدوث!!!» «هل طفلك يعاني من فرط الحركة وتشتت الانتباه؟» «اضطراب ثنائي القطب لم يأخذ حقه من التشخيص، قالها طبيب هارفارد!!!». يقدم الإنترنت، التفاعل الاجتماعي والمعلومات، ودعم رائع للغاية، كذلك التخلص من وصمة العار لمن يعانون من أعراض نفسية، لكنه قلص من وجود السواء أيضًا، وعلى هذا الأساس صنّف الناس الأسوياء أنفسهم بشكل خاطئ على أنهم مرضى، من أجل راحتهم والانضمام إلى المجموعة. إضافة لهذا، يلعب المشاهير دورًا كأمثلة على التشخيص وتقبل العلاج.

بالطبع، هناك أكبر معزز للبدع الجديدة وهو تسويق شركات الأدوية، لكن هذه قصة مؤسفة بمفردها سنأتي على ذكرها قريبًا.

أهمية الدليل التشخيصي والإحصائي لصالحه

كون الطبيعة البشرية على ما هي عليه، فإن انتشار أي تشخيص للأمراض النفسية سيرتفع بشكل مصطنع طالما أنه يحرس شيئًا قيّمًا. في عالم أبسط كان التشخيص النفسي مبنيًا فقط على الحاجة السريرية الملحوظة. لكنه الآن اكتسب قوة (غير مرحب بها) وتأثيرًا على العديد من القرارات المالية والإدارية، واكتسبت هذه القرارات، بالتبادل، تأثيرًا قويًا على معدلات التشخيص. يُروج لتضخم التشخيص عندما يقدم الطبيب «ما يجاوز التشخيص» ليساعد المريض على الوصول إلى أمر ذي قيمة مثل مساعدات ذوي الإعاقة، أو الخدمات المدرسية. إذا كان التوحد، اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، أو اضطراب ثنائي القطب للأطفال شرط أساسي للقبول في فصل صغير واهتمام فردي عال، ستدخل الحالات المبهمة في هذا التصنيف، وسرعان ما يتولد الوباء.

مثل ما يحدث في الموضة، يتزايد «الاضطراب النفسي» كلما ارتفع معدل البطالة. بعض ممن يُسرحون من عملهم سيتلقّون تشخيصًا جديدًا لأن هناك أعراض قد ظهرت لديهم، والبعض الآخر لأنها عرضتهم للعجز. لأن المساعدات المقدمة للجنود العائدين تتضمن تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة، كان هناك فرط تشخيص لهذا الاضطراب.

هناك مفارقة في هذا الأمر- ألا وهي أن محاولة المساعدة عن طريق منح تشخيص ربما تُفضي إلى ضرر. يجد العديد من الجنود العائدين من أفغانستان، والعراق صعوبة في الحصول على عمل بسبب وصم «اضطراب ما بعد الصدمة» الملتصق بهم. يؤدي فرط التشخيص لتشويه مخصصات النظام، كأن يقلص الموارد والمنافع لمن هم في أمس الحاجة لها.

أكثر دوافع التضخم التشخيصي حماقة، هي في الكيفية التي يعمل بها التأمين الطبي في الولايات المتحدة. لتحصل على راتب، يجب أن يقوم الطبيب النفسي بتشخيص معتمد. كان هدف ذلك منع الزيارات الطائشة، لكن الأثر غير المقصود كان معاكسًا للتحكم الحكيم في التكاليف المالية. فقد نتج من الاندفاع المبكر للحصول على تشخيص نفسي علاج غير ضروري له ضرر محتمل ومكلف، لمشاكل كان من الممكن أن تختفي من تلقاء نفسها. مكافأة الطبيب على عدم القفز إلى استنتاجات مكلفة على المدى الطويل، هو أفضل وأرخص تعويض تقدمه شركات التأمين له. هذا الحل المعقول هو في الواقع السياسة التي تنتهجها بقية العالم.

علم الأوبئة يخطئ العدّ

من السهل أن تذكر الصحف اليومية أن معدلات الاضطرابات النفسية في تزايد مستمر، وأحيانًا بصورة كبيرة. أفضل مثال حالي هو التوحد، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. لا تصدق العدد. فقد تولدت الأرقام من قبل أطباء الأوبئة النفسية، مستخدمين طريقة ناقصة في تأصيلها ومنحازة في توجهها للإفراط في البلاغات.

كيف يمكن لمجال علمي أن ينحى إلى هذا الضلال؟ يعود ذلك إلى الاعتبارات البسيطة للدولار والسنت. تقوم الدراسات الوبائية بتعيين عينة ضخمة من التعداد السكاني العام باستخدام المقابلات الهاتفية عادة. سيكون من المكلف توظيف أطباء، لذلك تعتمد الدراسات على العمالة الرخيصة ليقوموا بمقابلات، دون خبرة سريرية أو حكم رشيد فيما إذا كانت الأعراض سريرية أم لا. فهم يضعون تشخيصهم للاضطرابات النفسية بناء على الأعراض وحدها دون الأخذ بالاعتبار ما إذا كانت الأعراض شديدة أو دائمة بما يكفي لتسويغ التشخيص أو العلاج.

يؤدي ذلك لنتائج متضخمة بشكل كبير. حيث تتوزع الأعراض المعتدلة بشكل واسع

على التعداد السكاني العام، ومن وقت لآخر سيجد كل شخص، تقريبًا، أن لديه بعض من الحزن والقلق، والبعض الآخر ربما يواجه صعوبة في التركيز أو أن يكون غريب الأطوار نوعًا ما. لكن الأعراض المنعزلة أو المعتدلة لا تحدد اضطرابًا نفسيًا- بل يجب أن تتّحد مع الوقت بطريقة معينة مسببة ضغطًا أو عجزًا معتبرًا. تتجاهل الدراسات الوبائية هذه المتطلبات المصيرية بشكل روتيني، فتشخصها بشكل خاطئ على أنها اضطرابات نفسية وهي أعراض خفيفة، عابرة، وتفتقر إلى الأهمية الإكلينيكية[12].

النتائج المتولدة من هذه الطريقة الجاهزة ليست إلا حدًّا أعلى لانتشار أي اضطراب نفسي معطى. لا ينبغي أن تؤخذ هذه النتائج على القيمة الاسمية، واعتبارها انعكاسًا حقيقيًا لمدى انتشار المرض في المجتمع. إنه من المؤسف أن يُبلغ عن المعدلات المتضخمة دائمًا من دون تحذير مناسب، فتُقبل كما لو أنها تعكس انتشارًا دقيقًا للاضطرابات النفسية. لم يبالغ دزرائيلي عندما قال: «هناك ثلاثة أنواع من الأكاذيب، الأكاذيب، الأكاذيب الملعونة، والإحصاءات».

إن علماء الأوبئة بذور طيبة لكنهم ليسوا أطباء، وربما لا علم لهم بالأفضل. بعكس الصيدلة فهم أقل براءة منهم- إذ يستخدمون النتائج لتعزيز المفهوم المضلل للاضطراب النفسي في كل مكان. حتى المعهد الوطني للصحة النفسية يحب المعدلات العالية لأنه يدعم متطلبات الميزانية للكونجرس- فإذا كان الاضطراب النفسي في كل مكان، إذن، علينا أن ننفق أموالًا طائلة للبحث في أسباب ذلك الأمر[13].

سهولة استعمال الأدوية جعل من فرط استخدامها أمرًا أسهل

قبل الخمسينات، كان هناك تجارة للأدوية النفسية لكنها تجارة متواضعة بأدوية مريعة. كانت المواد الأفيونية والمهدئة ذو شعبية واسعة بين المرضى لكنها غير محددة في تأثيرها، وسببت لهم مشاكل على المدى الطويل كالإدمان والجرعة الزائدة. بروميدس- Bromides، بارالدهيد-Paraldehyde، كلورال هيدرات-Chloral hydrate، وميلتون- Milton، كلها كانت غير مجدية بأعراض جانبية يصعب التعاطي معها.

عندما حان الوقت لأقوم بوصف الأدوية النفسية في الستينات، أُستبدلت معظم هذه الأدوية بما أُكتشف حديثًا من معجزات دوائية في الطب النفسي- ثورازين-Thorazine للذهان، الليثيوم-Lithium للهوس، إلفيل وناردیل Elavil.Nardil للاكتئاب. لكن وصف

هذه الأدوية للمرضى كان لا يزال أمرًا حديثًا وكبيرًا نسبيًا. تدربت في الوحدة الأولى في الولايات المتحدة لاستخدام الليثوم، كنا خائفين بشكل مرعب، جرعة زائدة قد تقتل مريضًا أو تدمر كليتاه، ولم نكن متأكدين بشأن الجرعة الفعالة، وما هي مستويات الدم الآمنة. وتبين أن جرعة الثورازين المستخدمة كانت عالية وحولت مرضانا المهتاجين إلى أموات سائرين. كانت كل مضادات الاكتئاب المتوفرة في ذلك اللحين خطرة لتُجرب على مرضى العيادات الخارجية الانتحارين، جرعة أسبوع قد تكون قاتلة. وقد حوّلت حياة المرضى الذين استخدموها إلى حياة مزرية- جفاف دائم في الفم، عسر في حركة الأمعاء، والإغماء عند الوقوف كان خطرًا متكررًا. ذلك لأن الأدوية يمكن أن تتسبب بعدم انتظام دقات القلب، وأي إجهاد عملي يمكن أن يحفز بدء ذلك. تطلب نارديل حمية غذائية صارمة لأنه يتداخل بشكل خطير مع أطعمة متعددة، النبيذ الأحمر، الجبن الأزرق، الفول، أما التشيانتي (نبيذ أحمر من إيطاليا-توسكاني) فربما يكون قاتلًا. جميع الأدوية النفسية الأولى كانت خطرة للغاية، وليست سهلة الاستعمال، كانت تعطى للمرضى ذوي الحالات الشديدة. وحدهم الأطباء المتدربون كانوا واثقين من وصف تلك الأدوية.

جاءت الموجة الجديدة من الأدويـــة النفسية (المعجزة) في السبعينات. البنزوديازيبينات - The benzodiazepines، الليبريوم - Librium والفاليوم - Valium، غيرت كل شيء ووضعت خطًا جديدًا، فمن الآن وصاعدًا سيكون تركيز شركات الأدوية الكبرى على تسويق الأدوية ذات الأعراض الجانبية القليلة، وتلك التي لا تسبب الجرعة الزائدة منها بالموت إلا في حالات قليلة. سمح ذلك بتحويل تركيز الرعاية من مجموعة صغيرة من المرضى إلى مجموعة أوسع من الأسوياء القلقين. قبل فترة طويلة، نسبة كبيرة من سكان الولايات المتحدة كانوا يأخذون أدوية نفسية سهلة الاستخدام. ولأن علاج المرضى باستعمال «البنزوس» لا يتطلب خبرة كبيرة، فقد تولى أطباء الرعاية الأولية معظم الوصفات الطبية. سرعان ما أصبحت هذه الأدوية ناجحة بشكل واسع حتى أصبحت جزءًا من حياة الشعب الأميركي، وأدركت شركات الأدوية أن الأدوية أصبحت منجم ذهب لهم. بطبيعة الحال، اتضح أن الليبريوم، الفاليوم، (وأكثر من ذلك شقيقهم الأصغر زاناكس- Xanax الذي قُدّم في الثمانينات) كانت أدوية إدمان حقيقية وليست رحيمة مع الجرعة الزائدة، خاصة عندما تخلط مع الكحول، أو أي أدوية أخرى تسبب ضيق تنفس. تلك الأدوية كانت نعمة لشركات الأدوية ولكن ليس للمرضى.

بعد ذلك أتى زحف لا يرحم من مضادات الاكتئاب-مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية-SSRI antidepressants أواخر الثمانينات وبداية التسعينات- كانت قصة نجاح تسويق كلاسيكية. أصبح بروزاك-Prozac أفضل المبيعات بالضربة القاضية، حتى أفضل الكتب مبيعًا من قبل طبيب نفسي زاد من قيمته ليس فقط كمضاد للاكتئاب، بل كدواء ترف يمكن أن يجعلك بأفضل حال[14]. بعد ذلك، يظهر كل عام أو عامين نوع جديد من مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، زولوفوت-Zoloft، باكسيل-Paxil، سيلكسا-Celexa، وكل واحد يأخذه حصته من أفضل المبيعات. تسويق هذه الأدوية سهلة الاستخدام كان مرتبطًا بشكل وثيق بتسويق (وفقًا لشركات الأدوية) تشخيصات سهلة الإجراءات. سرعان ما أصبحت مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية تُوصف لنوبات الذعر، القلق المعمم، الرهاب الاجتماعي، الوسواس القهري، اضطراب ما بعد الصدمة، اضطرابات الأكل، سرعة القذف، والقمار القهري كأدوية منعشة. بالطبع كان هناك أعراض جانبية، بعضها متكررة (مثل انخفاض الطاقة الجنسية) وبعضها نادرة ولكنها خطيرة (مثل الهيجان، الانتحار، العنف). لكن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية تناسب الحياة اليومية، يتناولها حاليًا ما يقارب 20% من النساء. سيكون تضخم التشخيص عاقبة حتمية لقوة تسويق الأدوية سهلة الاستخدام.

الجيل الجديد من مضادات الذهان غير القياسية (ريسبردال-Risperdal، زيبركسا-Zyprexa، سيروكيل-Seroquel) التي قدمت منتصف التسعينات كانت انتصارًا مذهلًا ومخيفًا للتسويق. ظهرت في البداية على أنها خطوة كبيرة للأمام، ليس بشكل فعال، لكن بأعراض جانبية ملائمة. المريض الذي يتناول مضادات الذهان التقليدية لديه مظهر مميز تمامًا، يمكن التعرف عليه بسهولة من التحديق المركز، الوقوف المتصلب، الرعشة والحركات غير الطبيعية، والمشي المتراخِ. سرعان ما أخذت هذه الأدوية السهلة وسهلة الاستخدام مكانها في القمة، متفوقة علىَ كافة سجلات المبيعات. لم يكن هذا ليحدث ضمن حدود تسويق الفصام الضيقة. فكان على شركات الأدوية الحصول على مؤشر اضطراب ثنائي القطب، بعد ذلك وجب عليهم التعريف بالاضطراب بشكل واسع لا يمكن التعرف عليه. سرعان ما وُصفت أدوية الذهان بشكل مثير للجدل، حتى من قبل أطباء الرعاية الأولية يصفونها للمرضى الذين يعانون من تشكيلة متنوعة من القلق، الأرق، والتهيج. والمفارقة أن هذه الأدوية الخطرة يمكن أن تسبب السمنة المفرطة، السكري،

أمراض القلب، تقليص عمر الحياة المحتمل للفرد، وتملك الآن 18 مليارًا من المبيعات في السنة. يصف أطباء الرعاية الأولية أدوية خطرة خارج اختصاصهم، لمرضى يجب ألا يتناولونها. يثبت لنا هذا مرة أخرى أن الأدوية سهلة الاستخدام، والتي توصف بشكل سهل ستُؤخذ إلى أبعد من حاجتها، خاصة عندما تدرّ الكثير من الأموال. وللتذكير مرة أخرى، كان لملف الأعراض الجانبية السيئة للأدوية النفسية المبكرة قيمة في منع الإفراط في استخدامها وإبقاء التضخم التشخيصي قيد المراقبة.

المتاجرة بالمرض من قبل شركات الأدوية الكبرى

إن شركات الأدوية الكبرى ضخمة وناجحة بشكل لا يصدق. فالمبيعات حول العالم تتجاوز 700 مليار كل سنة، نصفها في أميركا الشمالية، وربعها في أوروبا[15]. بهامش ربح نسبته 17 بالمئة ويعدّ من أعلى المعدلات في كافة الصناعات[16]. لماذا هذه الضخامة وهذا النجاح؟ تبرر الشركات ارتفاع أسعارها وعوائدها الهائلة بالمراهنة على جهودها البحثية في تقدّم العلوم الطبية وتحسين رعاية المرضى. هذا في الغالب أمر تافه. إذ تنفق شركات الأدوية الكبرى ضعف هذا المبلغ (60 مليار) على الترويج والبحوث، وفي الغالب يمولون البحوث الطبية الكاذبة، إضافة إلى إنجازها بطريقة خاطئة وبدوافع خاطئة أيضًا، متجنبين الاستفسارات التي من الممكن أن تنقل لنا شيئًا ذي أهمية، كل ذلك لصالح نجاح «خبراء التسويق» الذين يهدفون في الغالب إلى تعزيز التسويق وليس الاكتشافات الطبية[17].

أفضل ضمان للربح هو «الأنانية» مرارًا وتكرارًا. إن تطوير دواء يمكن أن يشكل فارقًا حقيقيًا للمرضى يعدّ مخاطرة مالية. لذلك، أذكى لعبة للزيادات التنفيذية وزيادة أرباح المساهمين يكون بالمخادعة قليلًا في الزيادات الموجودة بما يكفي لجعلها ملحوظة بالفعل عن طريق الكسب غير المشروع. يمكن للشركات حماية امتيازاتها بشكل مضاعف عبر إجراء أتفه التغييرات- كتحويل دواء أيمن إلى أيسر من تلك التي لها تأثيرات مماثلة، أو أن تغيّر قليلًا من مدّة عمل الدواء. أما الطريقة الثانية المؤكدة لرفع الدخل وتوسيع امتيازاتها، فهي عبر إيجاد أسواق عالمية جديدة للاستيلاء عليها بدواء متوفر- وذلك عبر عمل بحث يجري استخدامه على الأطفال أو لتشخيص مختلف عما اُتفق عليه في الأصل. عباقرة السوق هم من يقودون الجهود البحثية تلك التي ليست من النوع العلمي، والنتيجة متوقعة مبيعات مذهلة، واكتشافات دنيئة.

ومما يزيد من سوء الامر، أن البحث غالبًا ما ينجز بشكل ضعيف ويقدم بطريقة منحازة للغاية. فالبيانات مملوكة وتحت حراسة مشددة، تدفن النتائج السلبية روتينيًا، ويُشاد بالاكتشافات الإيجابية الصغيرة التافهة بها وكأنها المجيء الثاني للمسيح؛ باحثون فاسدون، وأوراق علمية يكتبها كتّاب شركات مجهولون. تُقاس الأعراض الجانبية والمضاعفات بشكل سطحي وبالكاد يُبلّغ عنها. ليس هناك حساب عادل للمخاطرة/ الفائدة/ التكلفة- يُبالغون بالفوائد ويقلصون من المخاطر، ويتجاهلون أمر التكاليف. ليس لتسعير الدواء علاقة بالكلفة أو القيمة الحقيقية للدواء، بل يعكس بدلًا من ذلك الموقف الاحتكاري لشركات الأدوية الكبرى في السوق وهيمنتها على السياسيين. في أسوأ الحالات، تكون بحوث شركات الأدوية الكبرى لعبة مُضلة تهدف إلى التضليل والإغواء بدلًا من تنوير الأطباء والمرضى. إن الادعاء بأن الأدوية عالية الكلفة لأنها تكلف الكثير من البحوث ما هو إلا ستار مخادع.

يُظهر استعراض سريع للستين سنة الماضية أن شركات الأدوية لا تملك سجل أبحاث تحسد عليه في الطب النفسي. أكثر فترة اكتشافات مثيرة في علم الأدوية النفسية حدثت في الخمسينات، ولم يكن لشركات الأدوية أي يد في ذلك قطعًا. أول أدوية للذهان، مضادات الاكتئاب الأولى، ومثبطات المزاج الأولى، كلها وجدت من عزلة نقية واكتشاف عن طريق المصادفة، يُعزى ذلك لمهارات الملاحظة لدى مكتشفيها، وتحقيق المكاسب المالية من فعالية الدواء. لاحظ جراح فرنسي أن دواء يسمى ثورازين يستخدم قبل العملية لمنع الغثيان، صدف أيضًا أنه يهدئ مرضاه ويجعلهم غير مبالين لضغوط إجراء العملية. مرر هذه الحيلة لأخيه غير الشقيق الطبيب النفسي قبل زمن طويل من ولادة مضادات الذهان. لوحظ أن مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين MAO التي كانت تُستخدم لمرض السل أنها تنعش المرضى، وخرجت بذلك أول مضادات الاكتئاب. وكان لليثيوم تأثير غير متوقع على حيوانات المختبر، مما أدى إلى استخدامه للهوس. لم تكن هذه الخروقات مكلفة أو صناعية، كلها كانت نتاج أعين يقظة وعقول متأهبة. مثل البنسلين، أول دواء في كل مجموعة يعمل جيدًا لدرجة أنك لا تحتاج إلى دراسة مزدوجة التعمية ومئات من المرضى لتعلم موقفك من هذا الأمر الكبير. لم تأتِ أيٌّ من بحوث شركات الأدوية في الستين سنة الماضية بمنتج جديد يُجاوز فعالية الأدوية المبكرة التي اُكتشفت بهذه الطريقة عن طريق الصدفة[18].

لسوء الحظ، اُختيرت كل المهام السهلة في بداية تطور الدواء ولا زالت العائدات منذ ذلك اللحين ضئيلة وغالبًا كمالية. رغم البدايات المتأخرة، إلا أن شركات الأدوية الكبرى انطلقت بسرعة كبيرة في التسويق الإعلاني للأدوية النفسية. حيث طُورت العديد من المنتجات وجُلبت إلى السوق أواخر الستينات. كانت مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات إضافة قيمة للغاية للرعاية السريرية لكن بقيود صارمة مثل أصحاب التجارة الرابحة بسبب أعراضها الجانبية المزعجة واحتمالية الوفاة عند تناول جرعة زائدة. أتى الانتعاش الحقيقي بمكاسب ضخمة عندما أصبح الفاليوم والليبريوم سلعًا رئيسية للغذاء المنزلي. كانت المسألة مفتوحة بشأن ما إذا أسهمت بمزيد من الأذى أو التحسن للمرضى، فهي تهدئهم لكنها تجعلهم مدمنين في الغالب وتسبب كل مشاكل الأعراض الانسحابية. لكن شركات الأدوية الكبرى تعلمت درسًا كبيرًا من ذلك، وعرفت أن المال الحقيقي يأتي من الأدوية «سهلة الاستعمال» التي تلبي نداء التسويق الجماعي. قُدّمت مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في الثمانينات كخيار أمثل- هي ليست بأكثر فعالية من سابقاتها، لكنها أكثر تسامحًا وأمانًا مع الجرعة الزائدة. كذلك مضادات الذهان لم تكن بأكثر فعالية من سابقاتها، بل دفعتهم لمخاطر أسوأ بكثير على المدى الطويل لكنها كانت سهلة الاستخدام. وهذا ما أجاز التكرار، إذ لم تبتكر شركات الأدوية الكبرى من قبل مُنتجًا تجاوز فعالية الأدوية المتوفرة في الستين سنة الماضية. تُطرح الأدوية لتسويق مكاسب مالية متعددة، لكنها تتراجع عادة عندما يأتي الأمر للبحوث. حيث لا وجود لسجل مرغوب فيه بعد كل هذا الصخب وكل هذه الدعايات الإعلانية.

تكمن مهارات شركات الأدوية الكبرى في مكان آخر- فهي فعالة وبارعة بشكل ملحوظ عندما يتعلق الأمر بالتسويق والكسب. ستون مليار دولار في السنة تذهب ما بين بيع المنتجات وشراء السياسيين. في العقود الأخيرة، اُختطفت المؤسسات الطبية من قبل شركات الأدوية بكفاءة، عن طريق ممارسة نفوذ لا مبرر له على قرارات الأطباء، المرضى، العلماء، المجلات، الجمعيات المهنية، جمعيات حماية المستهلك، الصيادلة، شركات التأمين، السياسيين، البيروقراطيين، والإداريين. وكانت أفضل طريقة لبيع أدوية نفسية هي أن تبيع الأمراض النفسية. تملك شركات الأدوية طرقًا متنوعة للقيام بذلك، عبر التلفاز وإعلانات وسائل الإعلام المطبوعة؛ فتنتخب معظم الأطباء المواصلين لتعليمهم الطبي (في بعض الأحيان تعرض أغلى المطاعم وأجمل المنتجعات، وللأطباء المتدربين

وطلاب الطب الأرخص، بيتزا تفي بالغرض) ؛ كما تمول المجلات المهنية، المجلات، جمعيات حماية المستهلك، تغزو الإنترنت وشبكات التواصل الاجتماعي، وتسلع آراء المشاهير. تتجاوز مبيعات شركات الأدوية على عدد المرضى في غرفة الانتظار لكل طبيب من بين سبعة أطباء، (ممن تجمع عيادته أجمل الشخصيات في هوليوود).

هناك عدد قليل من الناس لديهم اضطراب نفسي، وهناك العديد ممن لديه اضطراب نفسي معتدل، لكن المصدر الأصل لحصّة التسويق هو ما يثير القلق. إذ ترغب شركات الأدوية الكبرى أن تكون المصدر الأول وتحقق عائدات رائعة من خلال تعزيز فكرة أن العديد من المشاكل الحياتية هي اضطرابات نفسية بسبب «خلل كيميائي» وبالإمكان حلّها من خلال استهلاك الحبوب. ساهمت أكثر العقول الإعلانية إبداعًا، وأكثر الأبحاث التسويقية شمولًا بدفع المنتج إلى مكان لم يكن يحلم به من قبل. حيث أُقنع المستهلكون بأن الحياة ستكون مثالية لو قمنا بخطوات بسيطة لمناغمة عمل الدماغ وجعله أكثر مثالية. الوعد الوهمي هو أن الحبوب ستقوم بما هو أكثر من مجرد علاج للمرض، بل يمكن أن تساعد أيضًا على تحقيق أفضل طريقة للحياة من خلال كيميائيتها. لو أنك ذهبت لطبيب الأسنان لتصليح أسنانك بأدنى من درجة الكمال، فلم لا يكون الأمر نفسه مع دماغك؟ لكن لم يرغب أحد بتسوية أقل من السعادة والنجاح. نجح بيع الأنماط الحياتية الجديدة مع بيع السيارات، البيرة، العطور، وتصميم الملابس، فلم لا ينجح مع بيع الحبوب؟ ذلك ما توضحه الرسالة بجانب رسومها المقنعة، حيث يتوقف المطر وتشرق الشمس عندما تتناول مضادات الاكتئاب، فالمكتئب يصبح القائد الواثق، والشخص الكسول يصبح عدّاءً جيدًا. أما بالنسبة للأطفال فالصخرة اللطيفة العابسة تصبح مبتسمة. ودائمًا ما تطلب الإعلانات منّا أن «اِسأل طبيبك». بالطبع، فقد مدّدت الشركات أسلاكها للطبيب بالفعل برسالة مماثلة، وقدمت له عينات مجانية يوزعها حينما يريد صرفك من مكتبه والهروب من أسئلتك المهمة[19].

أصبح العديد من الأطباء قصدًا أو من دون قصد وكلاء في حملة تسويق شركات الأدوية لبيع الأدوية الجديدة. يمكن أن يكون «التعليم» و«البحوث» ثياب الحمل التي تغطي الذئب الحقيقي لسوق الأدوية. يُعين عدد ثابت من «قادة الفكر» من الطب النفسي لكي يتطرقوا للفوائد العجيبة لتناول الأدوية النفسية، مع تحجيم أضرارها. توشك الأمور أن تكون على أفضل ما يرام، لكنها مسألة وقتية حتى تستخدم شركات الأدوية الكبرى قادة

الفكر ليمارسوا هيمنتهم على البرامج البحثية والتعليمية للطب النفسي. هناك عشرات من الندوات التي ترعاها الشركات المصنعة في الاجتماع السنوي للاتحاد الأميركي للطب النفسي، والتي تعرض أفضل المتكلمين والأطعمة، وتجتذب أكبر الجماهير. إن معظم الجولات الكبرى الأسبوعية التي عُقدت في المستشفيات وكليات الطب في أنحاء البلاد، قد مُولت من قبل شركات الأدوية الكبرى وقادتها أسماء معروفة لأعضاء هيئة التدريس، يموّلون بشكل ملائم عبر «مكاتب المتحدثين».

أنا أعلم بشأن «قادة الفكر» لأنني كنت واحدًا منهم في السابق. مساهمتي مع صناعة الأدوية تعود لثلاثين سنة ماضية، وكان لها مجموعة من الأشكال. في الثمانينات كنت نائبًا لرئيس لجنة برنامج اتحاد الطب النفسي الأميركي كمسؤول عن تنظيم اجتماعه السنوي. ذهبت قُدمًا مع القرار الجماعي لرعاية شركات الأدوية للندوات التي تقام على أساس أهمية المتحدثين والموضوعات المطروحة- لم أتصور أن تصبح المسألة شعبية جدًا لدرجة تغطية بقية الاجتماعات، وتكون متحيزة تمامًا لأن تكون تجارية أكثر من تهميشها للعلوم. لخمسة عشر عامًا كنت مديرًا لعيادة خارجية في كورنيل، والتي قدمت بين الفينة والأخرى دراسات بحثية عن رعاية شركات الأدوية. وهناك الآلاف من الخطابات التي أقمتها خلال السنوات كانت مُمولة بشكل مباشر أو غير من شركات الأدوية. وقد قمت بوضع سلسلة للمبادئ التوجيهية للمتخصصين، ومُولت من قبل شركات الأدوية. عندما كنت رئيسًا لقسم الطب النفسي في جامعة ديوك، ترأست قسمًا كان له رعاية صناعية واسعة للعديد من برامجه البحثية والتعليمية. لأكون دقيقًا، من كافة هذه الأنشطة، لم يحصل مرة قلت فيها أو نشرت شيئًا لم أكن مقتنعًا به، بل في كثير من الأحيان أقول وأنشر أشياء تجعل شركات الأدوية تجفل من الألم. لطالما أدركت المخاطر التي تخفي ما دونها، ولا أظن أنني كنت تحت سطوتها يومًا لأقدم مادة بطريقة منحازة. لكن تذكيرًا لما مضى، كان من غير اللائق أن أشارك في العديد من الأنشطة التي يمكن أن تُترجم على أنها مسوّق غير مباشر لشركات الأدوية. ولقد رأيت المنحدر الزلق الذي يواجه من لديهم ارتباط عميق بها وتردد أقل.

إذا كان الجميع مريضًا، فعلى الجميع تناول الدواء[20]. إن سوق الأدوية النفسية يتضخم باستمرار، وهو في حالة تضخم أصلًا. فعندما بدا سوق البالغين متشبعًا، قامت شركات الأدوية بتوسيع التركيبة السكانية للمستهلك عن طريق الدفع بمنتج للأطفال، إذ

ليس من قبيل المصادفة أن أكثر من وباء نفسي ظهر مؤخرًا كلها تخص الأطفال. والأطفال تحديدًا خيار استهلاكي- ضعهم في الصورة مبكرًا- فلربما يكونون بيدك مدى الحياة. على الجانب الأخير من نهاية دورة الحياة، تستهدف الشركات كبار السن فتبيع مضادات الذهان مثل الكعك الساخن في دُور الرعاية. لم تتقيد شركات الأدوية الكبرى بحقيقة أن الأطفال وكبار السن هي أصعب تركيبة سكانية لتُشخص بشكل دقيق، أو أنهم الأكثر ضعفًا تجاه الأعراض الجانبية المضرة، أو أن الاستعمال المفرط لمضادات الذهان في دور الرعاية قد زاد من معدل وفيات كبار السن. ومما يثير القلق أكثر، الأطفال الضعفاء، ممن يتناولون كمية كبيرة من الأدوية ويحتاجون إلى رعاية اقتصادية أو رعاية بديلة[21].

أصبح ما نسبته سبعة بالمئة من الأميركيين مدمنين على أدوية نفسية مشروعة[22]. وأصبحت إساءة استعمال الأدوية الموصوفة طبيًا مشكلة أكبر من تعاطي المخدرات غير المشروعة. إن كان هناك من طريقة مقنعة لبيع تشخيص حتى يصدق الناس كذبًا أنهم يعانون منه، فشركات الأدوية ستحلّ ذلك وبنجاح كبير، وأحيانًا بممارسات غير شرعية[23]. يبدو أن شركات الأدوية الكبرى تشعر أنها فوق القانون. لقد استوعبت معظم الشركات، تقريبًا، الغرامات الضخمة والعقوبات الجنائية على ممارسات البيع غير المشروع. حيث تأخذ الأدوية موافقة من هيئة الغذاء والدواء فقط لعلاج تلك الاضطرابات النفسية التي تُشير الدراسات على أنها فعالة وسليمة. على الرغم من أن الأطباء لديهم سلطة تقديرية لوصف الدواء «دون تصريح» لاستخدامات أخرى، إلا إنه من غير القانوني تمامًا لشركات الأدوية أن تشجعهم على فعل ذلك. يُظهر «جدول العار» لشركات الأدوية (انظر أدناه) كيف تستهين شركات الأدوية الكبرى بالقانون. الغرامة الضخمة التي تبلغ 1.3 مليار دولار، ربما لن تكون سوى تغيير في الأسعار، وتغيير في تكلفة أداء الأعمال، إذا ما نظرنا إلى الدخل الهائل الذي يمكن جنيه من خلال التسويق المضلل. لعل نتمكن من ترويض هذا التضخم عبر فرض غرامات أكبر وعقوبات أكثر تشددًا. يلزمنا كذلك تحذير الأطباء من أن وصف الدواء دون تصريح سيخرج عن السيطرة، ويضرّ في الغالب، وهو شكل من أشكال الإهمال.

جدول العار لشركات الأدوية:

*من أطروحة الدكتوراه لمليسا رافين

التاريخ	الشركة	الغرامة/التسوية	الدواء	العمل الجنائي
آب/ أغسطس 2012	جونسون & جونسون	181 مليون دولار غرامة مدنية.	Risperdal	ترويج بدون تصريح[24]
تموز/ يوليو 2012	غلاسكو سميث- كلاين	3 مليار دولار: مليار دولار غرامة جنائية، 2 مليار دولار غرامة مدنية.	Paxil, Wellbutrin, Avandia	ترويج بدون تصريح، عدم الإبلاغ عن بيانات السلامة Avandia[25]
أيار/ مايو 2012	آبوت	1.5 مليار دولار: 700 مليون غرامة جنائية، 800 مليون غرامة مدنية.	Depakote	ترويج بدون تصريح[26].
نيسان/ أبريل 2012	جونسون& جونسون	1.1مليار دولار غرامة جنائية.	Risperdal	ترويج دون تصريح للبالغين والأطفال: تقنيات تسويق احتيالية[27].
كانون الثاني/ يناير 2012	جونسون& جونسون	158 مليون دولار.	Risperdal	ترويج بدون تصريح، مخالفات السلامة[28]
أيلول/ سبتمبر 2010	نوفارتيس	422.5 مليون دولار: 185 مليون غرامة جنائية، 237.5 مليون غرامة مدنية.	Trileptal	ترويج دون تصريح لاضطراب ثنائي القطب، ألم الاعتلال العصبي[29].
أيلول/ سبتمبر 2010	فورست	313 مليون دولار: 164 مليون غرامة جنائية، 149 مليون غرامة مدنية.	Lexapro, Celexa, Levothroid	ترويج دون تصريح للأطفال والبالغين: دعاوى باطلة، توزيع لدواء غير مرخص (Levothroid)[30]
نيسان/ أبريل 2010	أسترازينكا	520 مليون دولار غرامة مدنية.	Seroquel	ترويج بدون تصريح استهداف متخصصي الشيخوخة، أطباء الأطفال[31].
أيلول/ سبتمبر 2009	بفايزر	1.3 مليار دولار غرامة جنائية. 1.1مليار دولار غرامة مدنية.	Geodon, Lyrica, Bextra, Zyvox	تسويق دون تصريح[32].

كانون الثاني/ يناير 2009	إيلي ليلي	1.415 مليار دولار: 515 مليون غرامة جنائية: 800 مليون غرامة مدنية. 100 مليون دولار مصادرة الأصول(*).	Zyprexa	ترويج دون تصريح للخرف، الهيجان، الغضب، العنف الاكتئاب، واضطرابات النوم المعممة[33].
أيلول/ سبتمبر 2007	بريستول مايرز سكويب	515 مليون دولار غرامة مدنية.	Abilify, Serzone, Among others	تسويق وتسعير غير قانوني: ترويج دون تصريح[34].
تموز/ يوليو 2007	بوردو	ما يقارب 635 مليون دولار غرامة مدنية، عقوبات، تعويضات، 500.000 دولار غرامة جنائية.	OxyContin	احتيال في تسمية العلامة التجارية تسبب في تقديم دعاوى باطلة[35].
2004	وارنر-لامبارت (بفايزر)	430 مليون دولار: 240 مليون دولار غرامة جنائية، 190 مليون دولار غرامة مدنية.	Neurontin	ترويج دون تصريح لاضطراب ثنائي القطب، الألم، الصداع النصفي، الكحول مع دراوول[36].

البلاسيبو (الدواء الوهمي) يستجيب لمبيعات الدواء

تأتي كلمة البلاسيبو من المعنى اللاتيني «أنا أُسعد» وهل أسعد البلاسيبو من قبل! يشير «تأثير الدواء الوهمي» إلى أشخاص يتحسنون من تأثير التوقعات الإيجابية المستقلة عن أي تأثير شفائي معين خلال العلاج. إن تأثيره فعال جدًا، فالناس يحصلون على نتائج عظيمة من علاج ليس له أي شأن باضطرابهم. ربما من العدل القول بأن هذا الدواء الوهمي أعظم أعجوبة دوائية واسعة الشهرة حتى الآن، رخيص وفعال للجميع باستثناء الحالات الشديدة، بالإضافة إلى أن له أعراضًا جانبية قليلة.

لكن تأثير البلاسيبو يسبب مشاكل خطيرة جدًا- حيث يجعل الناس مدمنين على أدوية لا يحتاجونها، ثمنها باهظ، وتضر أحيانًا، ومن الناس من يأخذها لأعراض ليست موجودة. يتخلل تاريخ الطب النفسي علاجات مريعة، كانت في الغالب أخطر من المرض الذي كان معنيًا بالعلاج. سمح التفكير السحري للأطباء بإلحاق أذى عظيم (وللمرضى بقبول هذا

(*) تواصلت مع الباحثة مليسا رافين لوجود خطأ ونقص في بيانات الجدول في الطبعة الإنكليزية. قامت بتصحيحه وتزويدي بالبيانات الناقصة وأذنت بإضافتها للترجمة العربية.

الأذى) عبر ادعاء فوائد وهمية- حتى وإن كانت غير فعالة أو مؤلمة، وذلك باتباع أوامر الطبيب كما يجب. أُعطي المرضى الذي يعانون منذ مدة طويلة دواءً للقيء كي يساعدهم على تقيؤ الألم، مسهلات تساعدهم على قضاء الحاجة، اعطوهم سلعة يبتلعونها وفتحات ليُخرجوا منها ألمهم. كانوا منغمسين بالوهم لدرجة الغرق، مصابين بحمى مرتفعة، ملفوفين بكمادات باردة، يدورون في كراس خاصة، أو معلقين بحبال تتدلى من السقف. حاليًا، نخاف وبشدة من كافة أنواع المواد، فقد ثُمّنت السموم الخطرة يومًا ما، كدواء شفاء احتيالي. إن تأثير البلاسيبو هو السبيل الوحيد لشرح هذا المعرض الاحتيالي الذي يبدو سخيفًا الآن، فحتى العلاجات المشؤومة قد تسببت خلال آلاف السنوات بمعاناة طويلة لأشخاص كانوا مرضى بالفعل. هذا التأثير هو نوع من السحر الطبي الذي يُعطي الأطباء سلطة غير مستحقة، وعلّة لإيمانهم المتكرر بالعلاجات السيئة.

نشأت أعجوبة الاستجابة للبلاسيبو من عدة أسباب مختلفة، أحيانًا مستقلة وأحيانًا تفاعلية. وربما الأهم من ذلك، «الأثر الزمني». ربما يكون الزمن أفضل من يتكفل بالشفاء، وقطعًا لن يشفي جميع الجروح، لكنه دومًا كان السبيل الآمن والأهم للتعامل مع العديد من المشاكل النفسية والجسدية في الحياة. يشفينا الزمن على نحو جيد، ذلك لأن العديد من عللنا قصيرة الأمد، ظرفية، محدودة ذاتيًا- فأجسادنا وعقولنا تبرمجت لتكون مرنة من دون أن نبذل جهدًا في ذلك.

تأتي بعد ذلك القوة الهائلة من الأمل والتوقعات. يتحسن الناس إذا آمنوا بالعلاج، وامتلكوا ثقة كاملة تساعدهم على التحسن، مهما كانت تلك الثقة عرضية أو خطرة. لطالما كانت الحياة مؤلمة ومحفوفة بالمخاطر. إن قوة التفكير الإيجابي هي جزء من سيكولوجيتنا لأنها تمنح ميزة انتقائية لمن يحظى بالحصول عليها. ولعل سرعة الشفاء كانت مرحلة مبكرة في سباق التطور البشري، لكن الاستمرارية هي ما جعلها تصل إلى خط النهاية، لتبقى متأصلة حتى عند أسلافنا. إن قدرة التغلب على التثبيط وسلبيات المرض من خلال الاستجابة الجيدة للدواء الوهمي كانت مسارًا مؤكدًا لنجاح التطور البشري.

يثبت التصوير الدماغي أن تأثير البلاسيبو له تأثير بيولوجي تمامًا مثلما أن له جذورًا نفسية. يحضرني مثالي المفضل لتذوق النبيذ، وليس الدواء. عُرف منذ فترة طويلة أن الناس يقيّمون النبيذ أفضل بكثير إذا علموا أن الزجاجة تكلف تسعين دولارًا بدلًا من عشرة دولارات. يُبرز ذلك كيف أنه من السهل إقناعنا. لكن التصوير الدماغي يخبرنا شيئًا أساسيًا

ومثيرًا عن الطبيعة الإنسانية. حيث أن مراكز المتعة في الدماغ تضيء بشكل أكبر عندما تعتقد أنك تشرب نبيذًا باهظ الثمن، حتى وإن لم يكن كذلك. لا تعدّ التوقعات خبرة كاملة، لكنها تشكّل جزءًا لا يتجزأ منها. بالمثل، حينما تثبط حبوب البلاسيبو استجابة الدماغ للمؤثرات المؤلمة؛ إذ تحاكي مضادات الاكتئاب الوهمية التأثير الدماغي لمضادات الاكتئاب الحقيقية، بلاسيبو باركنسون ترفع من مستوى الدوبامين، بلاسيبو السكري تؤثر على مستوى السكر في الدم، بلاسيبو الكافيين والريتالين لها تأثير محفز على مراكز الدماغ، ويؤثر البلاسيبو أيضًا وبعمق على الجهاز المناعي. إن الاستجابة لهذا الدواء الوهمي جزء مهم من ردة فعلنا لكل شيء. هي مبنية بعمق في طريقة عمل أدمغتنا- حتى الحيوانات تستجيب أيضًا بروعة لتأثيره.

العامل الاجتماعي مهم أيضًا، فاستجابتك تساعد في الحفاظ على مفتاح العلاقات، وتدعيم الطقوس الاجتماعية. نحن حيوانات اجتماعية تعمل بشكل جيد فقط عندما تكون جزءًا من المجتمع، وإن حدث العكس فإن من شأن ذلك أن يهدد رفاهية هذا المجتمع. دائمًا ما يتشارك الطبيب ومرضاه الحاجة للإيمان بقوة الشفاء لدى النظريات المألوفة حاليًا، الطقوس، الترانيم، العزائم، الإجراءات التشخيصية والفحوصات، والأدوية. حتى إذا لم يكن لديها قيمة محددة، إلا أن طقوس الشفاء تقدم وعدًا قويًا بالخلاص من المرض أو مجموعة الأمراض لدى الفرد. لذا، تعدّ الاستجابة للدواء الوهمي غاية في الأهمية، وهي تعني وجود احتمال قليل أن تظل مريضًا بعدما يشفى جميع المرضى في مجتمعك. إن القدرة على تطويع الثقة والأمل للشخص المريض لطالما كانت ولا زالت هي المهارة الأساسية لدى الشامان العظيم أو الطبيب العظيم في وقتنا الحالي. لقد أصبحت المهارات التقنية للطبيب روتينية بشكل متزايد، وربما تُنجز قريبًا وبشكل أفضل بواسطة الكمبيوتر، لكن مهارات الشامان الطبية ستكون دومًا مهمة للمرضى وللمجتمع.

جنت شركات الأدوية الحديثة أموالًا طائلة مستفيدة من قوة انتشار الاستجابة للبلاسيبو. إن أفضل طريقة للحصول على نتائج جيدة من الدواء، هي أن تعالج به الأشخاص الذين لا يحتاجونه حقًا- فأعلى درجة استجابة للبلاسيبو تحدث عند أولئك الذين يتحسنون طبيعيًا ومن تلقاء أنفسهم[37]. كانت الخدعة التسويقية الذكية في إقناع الأطباء بعلاج مرضى غير حقيقيين، وفي نفس الوقت إقناع الأسوياء من الناس بأنهم مرضى بالفعل. بتوسيع شركات الأدوية حصتها في السوق لتشمل الأصحاء القلقين، هي بذلك لم تعزز دائرة

المستهلكين فقط، بل أمّنت رضا كافة المستهلكين أيضًا. من يستجيب للبلاسيبو غالبًا ما يكون مستخدمًا له على المدى الطويل حتى عندما يكون الدواء عديم الجدوى، ذلك لأنه لا يعلم أنه لعب دورًا مؤثرًا في تحسنه، ولأنه لا ينزعج من الأعراض الجانبية له ـ هذا المزيج الماكر هو ما يخلق المستهلك الحُلم لشركات الأدوية ولمساهميها.

في الدراسات الاستقصائية، يعترف معظم الأطباء باستخدامهم أدوية غير مؤذية نسبيًا مثل البلاسيبو، لإعطاء المريض قشة يتعلق بها للخروج من مرضه. إذا كان وصف دواء وهمي مقبول كممارسة أخلاقية، فسوف يرتفع بلا شك إلى أعلى مستوى في المبيعات. لأعيد ما قاله فولتير: «يكمن فن الطب أحيانًا في تسلية المريض، بينما تقوم الطبيعة بدور الشفاء من المرض».

باقتناع كبير، نعلم أن البلاسيبو يعدّ قصة نجاح عظيمة بالفعل، لو أن شركات الأدوية لم تصل إليه. حيث أن نسبة معقولة من استعمال الأدوية في الطب النفسي (أو في الطب) تكون مبنية على الاستفادة المجربة والصحيحة لتأثير دواء البلاسيبو. هنالك اختلافان فقط بين عصرنا الحاضر والشامان القديم أو كيميائي العصور الوسطى. أولًا: تسويق ما كان في الأصل أدوية وهمية باهظة الثمن أصبح يدرّ ربحًا ويُدعم بشكل كبير عالميًا، وبتأثيرات مدمرة. ثانيًا: تحتاج الآن أن تحصل على تشخيص من الدليل الإحصائي والتشخيصي للحصول على وصفة دواء باهظ الثمن، والذي في الغالب ليس له فعالية أكثر من كونه دواء وهمي ـ ويعدّ هذا دفعة كبيرة لتضخم التشخيص. المفارقة الساخرة، هو أنه كلما ارتفع سعر الدواء كلما زاد تأثيره، تمامًا مثل تذوق النبيذ. ما أعظمها من صفقة لشركات الأدوية!

لخصت لنا قصتان ناجحتان للتسويق المالي والشفائي أيضًا، قوة تأثير البلاسيبو. تقريبًا ثلث ما نسبته 11 بالمئة من سكان الولايات المتحدة يستعملون الآن مضادات الاكتئاب، وليس لديهم أعراض حالية للاكتئاب[38]. بعض من هؤلاء ربما يمرضون بصورة بالغة لو توقفوا عن تناول هذه الحبوب، فهم يحتاجونها كحماية وقائية من عودة الاكتئاب المزمن أو المتكرر. لكن العديد من المستهلكين المخلصين لا يستجيبون لتأثير البلاسيبو وتعافوا بشكل تلقائي (دون علمهم)، إلا أنهم يخافون من الاقتناع بذلك. تُصرف حصة كبيرة بقدر 12 مليار كل سنة في الولايات المتحدة على مضادات الاكتئاب مكافأة لشركات الأدوية، وذلك لأنها تعزز من استخدامها على نطاق واسع للعديد من المرضى الذين هم

في الحقيقة واقعين تحت تأُثير الإعلانات والمبيعات الشهيرة، إذ تصرف لهم أدوية وهمية مكلفة للغاية ولتشخيص وهمي.

هنا حالة أخرى حول هذا الموضوع- قصة نجاح غريبة لبوسبار-Buspar وكيف أصبح من أفضل الأدوية مبيعًا على مر الزمان بصرف النظر عن عدم أو قلة فاعليته. عندما قُدّم بوسبار لأول مرة في السوق أخبرت المدير التنفيذي أن مبيعات الدواء ستهبط بشكل كبير لأنه لم ينجح. لم يقل شيئًا، بل ابتسم بفطنة، ربما لأنه كان مدركًا لأمر يتجاوز فهمي الساذج. توازنت فعالية بوسبار القليلة ضد القلق (هذا إن وجدت) -وقد كانت تعدّ عيبًا كبيرًا- مع عدم وجود أي أعراض جانبية. إن وجود دواء وهمي مناسب وسهل الاستعمال وباهظ الثمن كان مجرد وصفة سليمة لجني أرباح ضخمة.

دعونا نقوم بتجربة فكرية مثيرة. لنفترض أن بإمكاننا عزل استجابة البلاسيبو، أو التقليص منها من خلال تثقيف الناس حول تأثيرها على سلوك المريض. سيكون التأثير المباشر جيدًا وسيئًا في الوقت نفسه- إذ إنها ستُخفّض بشكل كبير من فعالية العديد من الأدوية، لكنها ستُقلص أيضًا من التشخيص والعلاج غير الضروري. بالطبع هذه التجربة الفكرية لن تكون حقيقية، لأن التفكير الوهمي ضروري ومفيد وجزء من الطبيعة البشرية. لكن، سيكون من الجميل أن يشكك الناس بما تدّعيه شركات الأدوية من أن القلِق والبائِس من مشاكل الحياة اليومية يعاني من «خلل كيميائي» ويمكن علاجه بالأدوية.

كيف تولّت الرعاية الأولية زمام الطب النفسي

يقوم أطباء الرعاية الأولية بوصف الأدوية النفسية لمعظم الحالات، 90% من مضادات القلق، 80% من مضادات الاكتئاب، 65% من المنشطات، 50% من مضادات الذهان[39]. قامت شركات الأدوية الكبرى بحساب ذلك حسابًا جيدًا، فهناك 40 ألف طبيب نفسي فقط في الولايات المتحدة، لكن هناك عشرة أضعافهم من أطباء الرعاية الأولية. فلم لا يُجند أطباء الرعاية الأولية لكتابة وصفات لأدوية نفسية؟ كانت رسالة مدوّية، واضحة، ورائجة بشكل كبير- فالاضطرابات النفسية بنظرهم غالبًا ما تُتجاهل ومن السهل علاجها بالدواء الوهمي. كان ذلك هراءً طبيًا ومنجم ذهب تسويقي. مُررت الرسالة بسهولة، لأن الدواء مُرر بسهولة أيضًا - بأعراض جانبية مزعجة نسبيًا للمرضى، وتوجيهات استعمال ناقصة من الأطباء. بعد ذلك، من يحتاج لطبيب نفسي إذا كان الدواء آمنًا وسهل الاستعمال؟ ثم

تدخلت شركات التأمين لتعبر عن تفضيلها لأطباء الرعاية الأولية على الأطباء النفسيين لأنهم كانوا أرخص (على الأقل على المدى القصير)، خاصة عندما يضيّق عليهم عبر تقليل التعويضات وعمل جلسات لا تتجاوز سبع دقائق.

يأتي على الأقل ما يتراوح نسبته 25 إلى 50 بالمئة من مرضى الرعاية الأولية بضغوط عاطفية كجزء من سبب حضورهم للطبيب[40]. معظم المرضى الذين عُولجوا من أطباء الرعاية الأولية كان لديهم اضطرابات معتدلة، تحديدًا تلك التي يرجح أنها تستجيب للعلاج بالبلاسيبو. بعد التعافي، لن يعزو المريض عادة تحسنه إلى الدواء الذي لم يقدم شيئًا، بل سيشعر أنه مجبر على البقاء عليه بصورة غير ضرورية ولفترة طويلة للغاية. مما يقدم فرصة مثالية للتسويق- فيجنّد جيش من المرضى لاستقطابهم إعلانيًا من أجل توجيه أسئلة للطبيب عن الدواء. ثم يستجيب الطبيب على وجه السرعة، بما أن معظم معرفته في الطب النفسي جاءت من مندوب مبيعات شركات الأدوية، والذي صدف أن بحوزته حفنة كبيرة من عينات الأدوية المجانية. غزو أطباء الرعاية الأولية يقابله أجور قليلة وإنهاك شديد لهم، كما أن لديهم ضعف في التدريب على الطب النفسي. فأسرع طريقة لإخراج المريض من المكتب هو بإعطائه وصفة طبية أو عينة مجانية- أحيانًا يُنظر لمعيار الرفاهية بناء على الرعاية الجيدة. قد تكون الأدوية النفسية جيدة للغاية، لكن إذا صُرفت على نحو لائق، ويمكن أن تُلحق الكثير من الأذى عند صرفها بإهمال وبعد تقييم تشخيصي غير مكتمل.

كانت النتيجة الحتمية لما سبق، حصول تضخم في التشخيص واستعمال مفرط للأدوية. ليس من المنطقي على الإطلاق القيام بالتشخيص النفسي والعلاج في بيئة الرعاية الأولية. فالتشخيص الدقيق يتطلب خبرة، وببساطة لا يمكن أن ينجز على نحو لائق في تلك السبعة دقائق التي يحصل عليها أطباء الرعاية الأولية مع المرضى، خاصة حينما يكون المريض منساقًا خلف الإعلانات الكاذبة ليطلب طلبًا خاطئًا. إن الإفراط في صرف الدواء النفسي من قبل أطباء الرعاية الأولية أصبح يشكل تهديدًا خطرًا على الصحة العامة، لكنه دفع بإيرادات شركات الأدوية الكبرى إلى أعلى سقف ممكن. مع أنه لا يوجد تقريبًا أي مبرر لاستعمال مضادات الذهان والقلق في الرعاية الأولية، إلا أن هذا الأمر يتكرر أكثر من مرة!

يقع الخطأ غالبًا على النظام، لا على الطبيب. إذ يجب أن تكون الرعاية الأولية الطبية

المثالية محورًا أساسيًا في العلاج الطبي؛ لكن انحراف الرعاية الصحية لدينا قد قلص من قيمتها وتمويلها.

إن طبيب الرعاية الأولية هو المدخل الحاسم للشفاء، ومضطر للتعامل مع مشاكل طبية، جراحية، نفسية واسعة، وهي قائمة طويلة بلا شك. غالبًا ما يكون طبيب الرعاية الأولية هو الأفضل في تقديم الرعاية، وصاحب معرفة طويلة بالمريض، وهو من يذهب إليه المريض عند الألم، الألم النفسي والجسدي أيضًا. هو مقدم الرعاية الصحية أولًا، وربما آخرًا، يُلتجأ إليه حينما لا يستطيع المريض تحمل أعباء الرعاية المتخصصة أو حينما يتعذر توفرها[41]. هناك بعضٌ من أطباء الرعاية الأولية من يقومون بدور «طبيب نفسي» على نحو يليق، لكن العديد منهم هاوون وخطرون، ضررهم أكبر من نفعهم خاصة عندما يتحملون ضغط شركات الأدوية المضللة، ويُجبرون على إبداء آرائهم بتسرع بسبب القيود الزمنية لشركات التأمين.

العواقب السيئة لتضخم التشخيص

أين ذهب جميع الأسوياء؟

في أوائل الثمانينات كان حوالي ثلث الأميركيين مؤهلين لإجراء تشخيص نفسي مدى الحياة[42]. الآن ما يقارب النصف يقومون بإجراء هذا التشخيص[43]. يتصاعد الرقم في أوروبا بسرعة إلى ما نسبته 40%[44]. قد يعتقد البعض أن في هذه التقديرات نوع من الاستخفاف- بيد أن هناك دراسات دقيقة قد أجريت تقول إن معدل انتشار التشخيص ضعف هذه النسب. حسنًا، إن آمنت بالنتائج، معنى ذلك أن سكاننا مشبّعين بالاضطرابات النفسية تمامًا. وجدت دراسة واحدة أنه ببلوغ سن الثانية والثلاثين 50 % من السكان مؤهلين فعليًا لاضطراب القلق، وأكثر من 40% لاضطرابات المزاج، وأكثر من 30% معتمدين على الأدوية[45]. قاربت دراسة أخرى للمقترح القائل بأن المرض موجود بشكل كلي- بحلول سن الواحدة والعشرين سن العطاء، سيكون أكثر من 80% من البالغين مستوفين لمعايير الاضطراب النفسي[46]. لقد أدى نفخ هذه المعدلات المتضخمة إلى دعم مطالب شركات الأدوية بضرورة أن نُشخِّص ونُعالِج- لندور في حلقة مفرغة بشكل مستمر.

الأدلة على تضخم التشخيص في كل مكان. ففي الخمسة عشر سنة الماضية تفجرت أربعة أنواع من الاضطرابات النفسية بما يشبه الوباء. اضطراب ثنائي القطب للأطفال زاد

بصورة تعجيزية لأربعين ضعفًا[47]، تضخم التوحد لعشرين ضعفًا[48]، تشتت الانتباه وفرط الحركة إلى ثلاثة أضعاف[49]، اضطراب ثنائي القطب للبالغين إلى الضعف[50]. متى ما ارتفعت المعدلات، فإن جزءًا من هذا الارتفاع يمثل حالات حقيقية مغيبة سابقًا ـ لأولئك الذين يحتاجون فعلًا للتشخيص والعلاج. لكن التشخيص الدقيق لا يمكن أن يفسر لنا لِم يمرض الكثير من الناس، خاصة الأطفال.

تخمة الأدوية

تحتل الأدوية النفسية أفضل المبيعات لدى شركات الأدوية. إذ تنخفض أسعار أسهمها لأكثر من النصف لكن ليس لمضادات الذهان، مضادات الاكتئاب، المنشطات، مضادات القلق، الحبوب المنومة ومسكنات الألم. فكل سنة تكتب 300 مليون وصفة للأدوية النفسية في الولايات المتحدة لوحدها[51]. أعلى ما تباهت به شركات الأدوية الكبرى كان حصتها من مضادات الذهان بمعدل 18 مليار دولار سنويًا. كما تدرّ مضادات الاكتئاب ربحًا قويًا بمعدل 12 مليار دولار سنويًا، بغض النظر عن حقيقة أن العديد منها قد سُحب امتيازها وتُباع بنسخة عامة رخيصة. بينما قبل خمسة عشر عامًا، كانت المنشطات بمثابة خطأ التدوير في مبيعات شركات الأدوية بمعدل بائس وصل إلى 50 مليون دولار سنويًا. لكن الآن مع الإعلان المباشر للمستهلك والتسويق الضخم للأطباء ارتفعت المبيعات إلى 8 مليار دولار سنويًا[52]. تقع مضادات القلق في المرتبة الثامنة من مبيعات فئات الأدوية، ذلك لأن أطباء الرعاية الأولية يحبون وصفها، رغم أن ضررها يمكن أن يكون أكثر من نفعها.

يعدّ النجاح الكبير لمضادات الذهان لغزًا محيرًا. فبالرغم من آثارها الجانبية الخطيرة ومؤشراتها الهزيلة، إلا أنها توزع مثل الحلوى. لقد أثبتت مضادات الذهان فعاليتها فقط في علاج أعراض سبب العجز لمرض الفصام واضطراب ثنائي القطب، لكن ذلك لم يُوقف مطامع شركات الأدوية حيث عززت من استخدامها العام لمن يعاني من مشاكل في النوم، أو قلق، اكتئاب، تهيج، غرابة في السلوك، مزاج غاضب بصورة عادية في الشباب، أو العصبية في الشيخوخة. أكثر من 3 ملايين أميركي موجودين الآن على لائحة المستهلكين، ومع (رضا المساهمين) ونمو المعدل إلى 20% سنويًا تضاعف عدد الوصفات الطبية لمضادات الذهان في العشر سنوات إلى 54 مليون وصفة. تضاعف أيضًا استخدامها دون تصريح، فلم تردعهم الغرامات الكبيرة التي لم تبدُ ضخمة في الحقيقة، خاصة إذا نظرت في المكاسب غير المشروعة التي جنتها هذه الشركات. كيف يمكن أن يحصل كل هذا؟

هذه مبالغ طائلة. رُصدت ميزانية إعلانية قدرها 2.4 مليار دولار لدواء أبيليفي وسيروكيل فقفزت بتلك الأدوية (لم تكن آمنة بشكل مؤكد) إلى المرتبة الخامسة والسادسة كدخل مربح من بين العديد من الأدوية التي تباع في أميركا. يقع كامل الضغط على أطباء الرعاية الأولية الذين يصفون مضادات الذهان بصورة لا تليق لعشرين بالمئة من المرضى الذين يعانون من اضطراب القلق (53). هذا الانتهاك الواسع لمضادات الذهان جنوني ومخجل، وهو انتصار للتسويق لا للمنطق السليم، ولا للممارسة الطبية السليمة.

لا يوجد طريقة لمعرفة المستوى الأمثل والمطلوب لاستعمال وصفة الأدوية في مجتمعنا. يزعم المتحمسون أن المعدلات العالية لتناول الحبوب تعكس تقدمًا في علاجات الطب النفسي، مما يوفر فوائد لم تكن متاحة لمن كان قبلنا وكانوا بأمسّ الحاجة لها. إلى حد ما، هذا صحيح. لكن ليس لدي شك أن هنالك تجاوز واسع لمطلب كاذب عززته إعلانات شركات الأدوية الكاذبة من خلال الأطباء السذج، عادات وصف الدواء بإهمال، والانتقال الكلي بالتشخيص والعلاج النفسي إلى أطباء الرعاية الأولية المفسدين، وغير المدربين. أصبحنا مجتمعًا يبتلع حبوبًا، وفي معظم الأحيان يتناول الأشخاص الخطأ الحبوب الخاطئة، والتي توصف لهم أيضًا من الأطباء الخاطئين.

إن تأثيرها الكبير على الممارسة الطبية ليس خطأ شركات الأدوية الكبرى، بل خطأنا نحن. لا تبدأ شركة الأدوية حياتها أو تحافظ على مكانتها كملكية غير ربحية أو خيرية هدفها تعزيز الصحة العامة عبر أكثر الطرق كفاءة وفعالية. بل العكس تمامًا. شركة الأدوية شركة متعددة الجنسيات هدفها الرئيسي هو الربح، الحصة التسويقية، والحفاظ على وجودها. وعند وجود تعارض بين جشع المساهمين وحاجة المستهلكين، فالرهان على المساهمين. تلك هي طبيعة نهب الوحوش، فليست غلطة النمر أنه آكل للحوم. لكن خطأنا الجماعي هو السماح لشركات الأدوية أن تفترس ضعفنا بحرية. الحكومة، الأطباء، المرضى، الإعلام، الجماعات المدافعة، كلها اُختطفت من قبل شركات الأدوية بالقوة والمال. إن الأدوية المستعملة بشكل جيد هي أداة قوية بيد الطب النفسي وهبة إلهية للمرضى. لكنها في كثير من الأحيان تُستعمل بطرق غير مشروعة، بطريقة تقارب الممارسة العسرة لطب العصور الوسطى. من المؤكد أن من يصفون الأدوية بسعادة بالغة قد خطروا في ذهن توماس سيدنهام عندما قال: «إن تأثير وصول مهرج جيد له فائدة على صحة أهل البلدة أكثر من عشرين حمارًا محملًا بالأدوية».

مزيد من الأدوية المتعددة

أصبح شائعًا وبشكل مخيب أن يصف الأطباء العديد من الأدوية النفسية للمريض الواحد، وغالبًا بجرعات عالية خطرة بلا تدرج أو منطقية. إذن، ليس مفاجئًا أن تفسر تلك الأدوية سبب الزيارات المتزايدة لغرف الطوارئ نظير تناول جرعة زائدة، أكثر مما يحدث مع أصحاب المخدرات غير الشرعية، كما تعد تلك الأدوية مسؤولة أيضًا عن تزايد حوادث الوفاة من الوصفات العلاجية[54]. قد تكون الأعراض الجانبية المسكنة والمتداخلة من الجمع بين الأدوية المسكنة للألم والأدوية النفسية مميتة بشكل خاص. (مشكلة معينة عند القطاع الحربي)[55].

هناك العديد من المحفزات لتزايد فرط الاستهلاك الدوائي. فأحيانًا تكون من زحف العلاجات الطبية- أي: إذا لم تكن الأدوية السابقة تعمل بشكل جيد، فسوف يضاف المزيد من الأدوية الجديدة دون إيقاف القديمة. وأحيانًا تنتج من زحف التشخيص، أي: إتاحة إجراء عدة تشخيصات للمريض، يتبع ذلك حماس في وصف أدوية متعددة. أو أن يكون السبب أحيانًا من اندفاع الطبيب، فالمريض الذي يسعى للدواء سيحصل على كل الأدوية من أطباء مختلفين، كل واحد منهم عمِيٌّ عمّا وصف الآخر لهذا المريض. ثم هناك زحف شركات الأدوية الكبرى، والتسويق العنيف الذي يشجع الوصفات غير المشروعة. وأخيرًا هناك الوصفات السرية المتاحة والتي تشجع على الإفراط في الدواء كأن يصف المريض الدواء لنفسه، مثل من يقرر أن يضيف منشطات صديقة، زاناكس، أو مهدئ للألم إلى نظامه العلاجي المتضخم بالأصل.

بدا أن بعض الأطباء يستخدمون نفس التوليفة الدوائية لكل مريض، بغض النظر عن الأعراض الظاهرة. أحيانًا تكون تلك الجرعات الموصوفة عالية بما يكفي لتسبب مشاكل خطيرة بمفردها، وتزيد خطورتها إذا كان المريض يُتبعها باحتساء الكحول، تعاطي المخدرات، أو زيادة الجرعة الموصوفة. يميل المتخصصون بالوصفات الطبية إلى تكديس الوفيات على مر السنين، وعادة من دون استدعاء انضباطي مطلوب أو إشراف متزايد.

مع كل ما قد قيل، إلا أن فرط العلاج منطقي أحيانًا بل وضروري. على سبيل المثال، خلط مضادات الذهان مع مضادات الاكتئاب يجعل عملها أفضل مما لو كانت وحدها وذلك في علاج اضطراب ثنائي القطب أو الاكتئاب الذهاني. عندما يكون للمريض

استجابة محددة ولكن جزئية لدواء واحد، ربما يتطلب الأمر دواءً آخر للحصول على استجابة كاملة. لكن، من النادر أن تكون إضافة حبوب النوم منطقية. إجمالًا نقول، إن تعدد الأدوية غير ضروري، لا تدعمه بحوث، ولا يخضع لرقابة، ضار، وخطر أيضًا.

تضاؤل العلاج النفسي

لا يوجد هناك صناعة منظمة للعلاج النفسي لترتقي إلى احتواء تنافسي متفق عليه ضد الاستعمال المفرط للأدوية. العلاج النفسي حرفة تجزئة، فردية، ما قبل صناعية لا تتلاءم مع التوحيد الصناعي لبيع الجملة للمنتج والأشخاص الذين كانوا مكسبًا لشركات الأدوية الكبرى. اختلاف العلاجات النفسية وممارسيها متصدع للغاية ويفتقر للموارد المالية المطلوبة لكسر احتكار شركة الأدوية المتواصل. فالكلام لا يغطي نفقات الأطباء النفسيين الذين يقدمون العلاج النفسي بالتزامن مع الدواء خلال زيارة لحوالي 45 دقيقة، يكسبون ما نسبته 41% أقل مما يكسب الأطباء النفسيون الذين يقدمون ثلاثة أدوية في زيارة لخمسة عشر دقيقة[56]. انخفضت النسبة المئوية لزيارات الأطباء النفسيين التي تتضمن العلاج النفسي من نسبة 44% عام 1996ـ 1997 إلى 29% عام 2004 ـ2005[57].

كما أن العلاج النفسي يفتقر إلى رسالة موحدة لمواجهة الترويج المضلل لشركات الأدوية وشعارها الوهمي «كلما في الأمر هو خلل كيميائي». لدى العلاج النفسي رسالة صادقة وهامة ليقولها، وهي تعمل عمل الأدوية عندما تقارن وجهًا لوجه مع الأشخاص الذين لديهم مشاكل خفيفة إلى متوسطة[58]. رغم أن العلاج النفسي يستغرق وقتًا أطول ليؤتي ثماره وأيضًا يكلّف الكثير من المال، إلا أن له فائدة عظيمة، وهو أرخص وأفضل على المدى الطويل مقارنة بالدواء على المدى الطويل. تناول الحبوب لوحدها استسلام. في المقابل، يضع العلاج النفسي المريض في موقع المسؤول عن طريق تثبيت مهارات تكيف وسلوكيات جديدة تجاه الحياة. استفادت اليابان من هذه الميزة. حتى وقت قريب، كانت كل العلاجات قائمة على الأدوية، لكن الحكومة الآن تبذل جهدًا مشتركًا لكسر احتكار الأدوية من خلال تعزيز العلاج المعرفي كبديل، لأن له نتائج جيدة وتكلفته فعالة.

قوة الوصم هي قوة التدمير

يعرف قاموس ميريام-ويبستر كلمة الوصم-Stigma بأنها علامة تمييزية، علامة

تشخيص محددة لمرض. ندبة، أو بقعة على نبات أو حيوان. تستخدمها بعض القواميس كـ «وصمة عار للمرض النفسي» كمثال محدد على عيب يعاني منه الموصومون. لتنجو من الوصم عليك أن تكون «سويًا» ومتأقلمًا مع المجموعة. يملك التطور مستشعرات داخلية في الطبيعة البشرية، من تلك التي تحذر ولا تتعاطف أو تتسامح مع أولئك المختلفين، ممن لا يستوفون معايير الجماعة.

إن الإصابة بالاضطراب النفسي يمكن أن «تصِم» شخص ما، بطرق قد تسبب له أذىً من الدرجة الثانية[59]. قد يأخذ الوصم أشكالًا متعددة، ويأتي من عدة جهات، فأحيانًا يكون صريحًا بشكل صارخ، وأحيانًا أخرى يكون حاذقًا وماكرًا بشكل ملحوظ. يأتي مثلًا على شكل تعليق قاس، تكلف فظ، قذف الجماعة، فرصة عمل ضائعة، رفض لعرض زواج، عدم أهلية للتأمين، عدم القدرة على تبني طفل، أو عدم القدرة على قيادة طائرة. ربما أسهم الوصم بخفض توقعاتك، وكان يدًا مُعينة لك عندما لا يكون هناك حاجة أو رغبة بأحد، إنه تعاطف المهموم الذي لا يمكن قياسه فعليًا. يمكن القول أيضًا أن الوصم هو الأضرار النفسية والعلمية الثانوية الناتجة عن وجود الاضطراب النفسي، والتي تُعزى بشكل جزئي إلى الطريقة التي يراك بها الآخرون. هناك قدر كبير من الجهد حينما تغير الطريقة التي ترى بها نفسك ـ سواء شعورك بانعدام حسناتك، وعدم أهليتك أو استحقاقك، أو كونك عضوًا ناقصًا وسط الجماعة.

من السيىء أن ترتبط وصمة العار بوجود اضطراب نفسي. لكن وصمة العار التي تأتي من خطأ تشخيصي وتشخيص كاذب هي أعظم خسارة، ولا تملك أي ميزات إصلاحية. يمكن أن يخلّف الوصم تكهنات مُحققة لذاتها. بمعنى لو علمت أنك مريض، ستشعر بأنك مريض وتتصرف على أنك مريض، ويعاملك الآخرون على هذا الأساس. لعب الدور المرضي-Sick Role يمكن أن يكون مفيدًا للغاية عندما يكون الشخص مريضًا ويحتاج إلى الراحة والرعاية. لكنه يكون مدمرًا عندما يقلص التوقعات والطموحات، ويؤدي إلى فقدان المسؤولية الشخصية[60].

عندما يسمح المجتمع بفرط التشخيص لنسبة كبيرة من أفراده ويصِمهم كـ «مرضى» يصبح هذا المجتمع مريضًا بشكل مصطنع، بدلًا من أن يكون مرنًا بشكل حازم. عاش أسلافنا خلال سنوات الحرب والحرمان التي يصعب علينا تصورها، دون لجوء إلى فرط في الوصم أو استعمال للأدوية.

تحوّل الشخص السيىء إلى مجنون

هناك خطورة من تضخم تشخيصي قائم حاليًا على حد بين الطب النفسي والقانون. «أُفضّل أن أشنق كرجل بدلًا من تبرئتي كغبيّ». هذا ما صرخ به تشارلز غيتو لهيئة المحلفين خلال محاكمته بقتل الرئيس جيمس غارفيلد عام 1881[61]. تخلى عن الدفاع عنه كمجنون كما عُرض عليه من قبل المحامين- مفضّلًا أن ينظر إليه كرسول إلهي جاء لينقذ الولايات المتحدة من إدارتها الشريرة. فضّل أن يُدان كمجرم بدلًا من العفو عنه كمريض عقلي- فمن شأن ذلك أن يُضعف مصداقية المطالب التي ينادي بها. هذا الوضع القديم مستمر وقائم حتى يومنا هذا، فقد شهِد في المحكمة العديد من الأطباء بشأن هذه الواقعة التاريخية، ومن كلا الجانبين- البعض رأى غيتو مجنونًا، والبعض الآخر رآه عاقلًا، وإن ضُلّل فهو مجرم.

لا يزال النقاش جاريًا حتى اليوم دون حل. هل نعتبر الإرهابيين السياسيين مثل أونابومبر أو مجرم القتل الجماعي النرويجي أندريس بريفيك مجرمين سياسيين أم مرضى نفسيين؟ عندما يهاجم القتلة شخصيات سياسية أو أشخاص أبرياء في الشارع، يبدأ الإعلام بالتساؤل حول ما إذا كانوا مجانين، ولم يتساءل من قبل عن استغلالهم في الخطاب السياسي المسموم، أو كيف أصبحوا كذلك بشكل شبه تلقائي. يقف العديد (وربما معظم) مغتالي الشخصيات السياسية والقتل الجماعي بين الحد الغامض من غرابة السلوك والجنون القانوني. اعتمادًا على وجهات النظر، يمكن اعتبارهم إما متطرفين سياسيين/ دينيين، أو يعانون من ذهان ضلالي. دائمًا ما تكون شهادة الخصومة للشهود المتخصصين بالطب النفسي من كلا الجانبين سلبية. هو في نهاية الأمر خيار مجتمع، وليس خيارًا طبيًا. سواء للنظر في هؤلاء الأفراد كأشخاص سيئين أو مجانين. معظم المدعى عليهم مثل غيتو، يفضلون أن يعاقبوا بدلًا من معالجتهم، خشية أن تطوى رسالتهم ربما اتفق معهم باستثناء الحالات التي يتضح منها عكس ذلك. ينبغي علينا ترويض تضخم التشخيص داخل المحاكم. ويجب أن يعامل السيىء على أنه مجنون.

دفع فاتورة تضخم التشخيص

لم يقم أحد بحساب التكاليف النقدية المباشرة وغير المباشرة لتضخم التشخيص، يلزم أن نضيفها إلى ثروة هائلة من الموارد الضائعة. أولًا: هناك تكلفة جميع الأدوية غير الضرورية وباهظة الثمن، إلى جانب زيارات الأطباء لوصفها. أضف إلى ذلك المضاعفات

الكثيرة والمكلفة التي نشأت من الاستخدام المفرط للأدوية. على المدى القصير، يشمل ذلك تكاليف زيارات غرفة الطوارئ والتنويم بسبب الجرعات الزائدة. لكن على المدى الطويل هناك تكاليف ضخمة لعلاج المضاعفات الطبية والنفسية الناتجة عن استعمال الأدوية، خاصة السكري الثانوي، السمنة، وأمراض القلب. لكن، ماذا عن إحصاء تكاليف السنوات الماضية لمن ماتوا في وقت مبكر بسبب التأثير الضار الناتج من استعمال أدوية غير ضرورية، سواء على المدى القصير أو المدى الطويل؟

ثم بعد ذلك علينا إضافة تكلفة فقدان إنتاجية العمل. إن ربط التشخيص النفسي بالعجز ساهم بتضخم الاثنين بشكل مصطنع، فالذين حصلوا على تشخيص خاطئ من المرجح أن يكونوا غائبين أو متوقفين عن العمل تمامًا. اكتشفت هولندا والدنمارك أن نسبة العجز والأيام المرضية ترتفع عندما يكون التشخيص النفسي أو الضغوط عذرًا مقبولًا بسهولة للغياب عن العمل. إن قرار العجز يكون في الغالب لحظة نهائية في حياة المرء، أما اكتسابه فيعدّ فترة راحة قصيرة ورائعة من الضغوط المالية المقلقة، لكنها ربما تؤدي إلى بطالة مهنية مزمنة.

ثم هناك تكاليف الخدمات المقدمة للأشخاص الخطأ كما لو أنهم مرضى نفسيًا، الزيارات الطبية والنفسية، الخدمات المدرسية المضافة، والبرامج التدريبية، وما إلى ذلك. يبدو لي أن من القسوة أن نحسد أي أحد على هذه الأشياء، إذ على المستوى الفردي يميل طبيب الرعاية لأن يكون متجاوزًا في التشخيص ليساعد مريضه في الحصول على الخدمات المقدمة. لكن الميزانيات تكون أحيانًا معادلة صفرية(*)- إن مساعدة شخص لديه حاجة هامشية يعني حرمان شخص آخر بحاجة ملحة للمساعدة.

وأخيرًا نأتي إلى تكاليف الطب الشرعي والتكاليف التصحيحية لتضخم التشخيص. إذ يمكن أن تكون تكلفة الجلسة الواحدة لإصدار حكم بالإعدام خمسة ملايين دولار، تجري فيها نقاشات لا نهائية حول غياب أو وجود اضطراب نفسي مشكوك فيه. قضاء سنة واحدة في المستشفى النفسي لشخص خاضع لقانون الانتهاكات الجنسية قد يكلّف أكثر من دراسة سنة في هارفارد. تُشكل الدعاوى المدنية المبنية على ادعاءات بوجود خلل

(*) Zero sum game المعادلة الصفرية في النظرية الاقتصادية، يعني أن يربح طرف على حساب خسارة طرف آخر، يقابلها المعادلة غير الصفرية التي تتيح للطرفين أو الأطراف الربح. ويشير المؤلف هنا أن ميزانية الخدمات يمكن أن تذهب بالكامل لمن لا يستحقها بينما يحرم منها من هو بأمس الحاجة لها.

نفسي عبئًا ماليًا أبديًا، من فواتير قانونية إلى رسوم الشهود المتخصصين. في الغالب، لا يتمازج الطب النفسي مع القانون بشكل جيد، والتداخل فيما بينهم قد يكلف الكثير.

لا تُخضع الخسارات الهائلة الناجمة عن تضخم التشخيص لأي نوع من الرقابة، وذلك بسبب عدم وجود ضوابط لاحتوائها، أو حوافز اقتصادية تعزز التشخيص الدقيق. ولا تدخل هذه الخسارات ضمن اعتبارات مطوّري الدليل التشخيصي والإحصائي أو من يطبقونه، أو حتى شركات الأدوية التي تستفيد منها. أتفهم رغبة الآباء بتوفير خدمات لأبنائهم، ورغبة مجموعات حماية المستهلك بتزويد الأعضاء بخدماتها. لكن، هناك من يدفع الثمن دائمًا، ولم يعبأ أحد بمراقبة الحصص لضمان توزيع عادل ومنطقي. إذن، النتيجة الصافية حتمية: يؤدي المطلب غير الضروري الناتج عن تضخم التشخيص لهدر في النفقات، بينما يبقى المحتاجين بشدة بلا خدمات[62].

إن تضخم التشخيص معضلة الصحة العامة والسياسة العامة، والتي استدعت حلًا عاجلًا. ستزداد التكاليف عندما يُوسع نطاق التأمين الصحي ليشمل 34 مليون أميركي تحت قانون الرعاية الميسرة، خاصة إذا نظرنا إلى أن التأمين مشروط بالرعاية الشاملة للاضطرابات النفسية. تلك تغيرات سياسية رائعة. من المؤكد أن هناك حاجة لمزيد من الاستثمارات لتعزيز نظام الصحة النفسية المغشوش. لكن يصعب التكهن بالنفقات الإضافية، إذ من المرجح أن تكون مليارات عديدة كل سنة. وبسبب تضخم التشخيص من المرجح أن يُنفق المال على أقل نفع ممكن.

سيكون علاج التضخم معاناة شاقة، عبر خطوات سأشرحها لاحقًا. لكن علينا أولًا أن نفهم الدور الكبير الذي لعبته بدع التشخيص في ماضي الطب النفسي. وأضرارها البالغة عليه في الحاضر، والخطر الأهم أن البدع الجديدة ستخلق ضررًا في المستقبل القريب.

الهوامش

(1) R. Moynihan, J. Doust, and D. Henry, «Preventing Overdiagnosis: How to Stop Harming the Healthy,» **BMJ** 344 (2012): e3502.

(2) «Choosing Wisely: Five Things Physicians and Patients Should Question» (2012) **ABIM Foundation, http://choosingwisely.org/?page_id=13.**

(3) Paul Enright, «A Homeopathic Remedy for Early COPD,» **Respiratory Medicine** 105 (2011): 1573–75.

(4) U.S. Preventive Services Task Force, «Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement,» **Ann Intern Med** 151, no. 10 (2009): 716–26. R. Harris, «Overview of Screening: Where We Are and Where We May Be Headed,» **Epidemiologic Reviews** 33, no. 1 (2011): 1–6.

(5) Andrew J Bacevich, «The Tyranny of Defense Inc.,» **The Atlantic (January/February 2011) http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2011/01/the-tyranny-of- defense-inc/308342.**

(6) Organisation for Economic Co-operation and Development, «Why Is Health Spending in the United States So High?» (2011); **http://www.oecd.org/unitedstates/49084355.pdf.**

(7) P. D. McGorry, «Is Early Intervention in the Major Psychiatric Disorders Justified? Yes,» **BMJ** 337 (2008): a695.

(8) Brian Deer, «How the Case Against the MMR Vaccine Was Fixed,» **BMJ 342 (2011), http://www.bmj.com/content/342/bmj.c5347.**

(9) L. Batstra and others, «Childhood Emotional and Behavioral Problems: Reducing Overdiagnosis Without Risking Undertreatment,» **Dev Med Child Neurol** 54, no. 6 (2012): 492–94.

(10) R. L. Morrow and others, «Influence of Relative Age on Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children,» **CMAJ** 184,

no. 7 (2012): 755–62

(11) Peter Parry, «Paediatric Bipolar Disorder (Pbd) and Pre-Pubertal Paediatric Bipolar Disorder (PPBD)—a Controversy from America,» (2009) **Black Dog Institute,http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/Paediatricbipolardisoderac.**

(12) A. Frances, Editorial: «Problems in Defining Clinical Significance in Epidemiological Studies,» **Arch Gen Psychiatry** 55, no. 2 (1998): 119.

(13) Substance Abuse and Mental Health Services Administration, «Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings,» (**Rockville**, MD, 2012).

(14) Peter D. Kramer, **Listening to Prozac** (New York: Penguin, 1993).

(15) S. J. Williams, P. Martin, and J. Gabe, «The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis,» **Sociol Health Illn** 33, no. 5 (2011): 710–25.

(16) Rick Newman, «Why Health Insurers Make Lousy Villains,» US News & World Report, Money Section, August 25, 2009, accessed September 25, 2012; **http://money.usnews.com/money/blogs/flowchart/2009/08/25/why-health- insurers-make-lousy-villains.**

(17) M. A. Gagnon and J. Lexchin, «The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States,» **PLoS Med** 5, no. 1 (2008), **http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050001.**

(18) Jeffrey Lieberman and others, «Effects of Antipsychotic Drugs in Patients with Schizophrenia,» **New England** J Med 353 (September 22, 2005): 1209–33.

(19) F. S. Sierles and others, «Medical Students' Exposure to and Attitudes About Drug Company Interactions: A National Survey,» **JAMA** 294, no. 9 (2005): 1034–42.

(20) R. Mojtabai and M. Olfson, «National Trends in Psychotropic Medication Polypharmacy in Office-Based Psychiatry,» **Arch Gen Psychiatry** 67, no. 1 (2010).

(21) J. S. Comer, M. Olfson, and R. Mojtabai, «National Trends in Child and Adolescent Psychotropic Polypharmacy in Office-Based Practice, 1996–2007,» **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 49, no. 10 (2010).

(22) Substance Abuse and Mental Health Services Administration, «Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings,» **NSDUH Series H-41, HHS Publication** No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: **Substance Abuse and Mental Health Services Administration,** 2012.

(23) Tracy Staton and Eric Palmer, «Pharma's Top 11 Marketing Settlements» **Fierce Pharma (June 26, 2012) http://www.fiercepharma.com/special- reports/top-10-pharma-settlements/top-10-pharma-settlements.**

(24) Bill Berkrot and Pierson Randell، «J&J to Pay $181 Mln to Settle Improper Marketing Claims,» Thomson Reuters News & Insights, August 30، 2012, **http://www.reuters.com/article/2012/08/30/us-johnsonandjohnson- settlement-idUSBRE87T10X20120830.**

(25) Department of Justice, «GlaxoSmithKline to Plead Guilty and Pay $3 Billion to Resolve Fraud Allegations and Failure to Report Safety Data» (2012); **http://www.justice.gov/opa/pr/2012/July/12-civ-842.html.**

(26) Department of Justice, «Abbott Labs to Pay $1.5 Billion to Resolve Criminal Civil Investigations of Off-Label Promotion of Depakote» (2012); **http://www.justice.gov/opa/pr/2012/May/12-civ-585.html.**

(27) Bill Berkrot and Pierson Randell، «J&J to Pay $181 Mln to Settle Improper Marketing Claims,» Thomson Reuters News & Insights، August 30، 2012, **http://www.reuters.com/article/2012/08/30/us-johnsonandjohnson- settlement-idUSBRE87T10X20120830.**

(28) Ed Silverman, «After the Risperdal Trial, J&J Looks More Like Humpty- Dumpty,» **Forbes، 20 January 2012, http://www.forbes.com/sites/edsilverman/2012/01/20/after-the-risperdal- trial-jj-looks-more-like-humpty-dumpty.**

(29) Department of Justice, «Novartis Pharmaceuticals Corp. to Pay More Than $420 Million to Resolve Off-Label Promotion and Kickback Allegations» (2010); **http://www.justice.gov/opa/pr/2010/September/10-civ-1102.html.**

(30) Department of Justice, «Drug Maker Forest Pleads Guilty; to Pay More Than $313 Million to Resolve Criminal Charges and False Claims Act Allegations,» (2010); **http://www.justice.gov/opa/pr/2010/September/10-civ-1028.html.**

(31) Department of Justice، «Pharmaceutical Giant AstraZeneca to Pay $520 Million for Off-Label Drug Marketing» (2010); **http://www.justice.gov/opa/pr/2010/April/10-civ-487.html.**

(32) Department of Justice, «Pfizer to Pay $2.3 Billion for Fraudulent Marketing» (2009); **http://**

www.justice.gov/opa/pr/2009/September/09-civ- 900.html.

(33) Department of Justice, «Eli Lilly and Company Agrees to Pay $1.415 Billion to Resolve Allegations of Off-Label Promotion of Zyprexa» (2009); **http://www.justice.gov/opa/pr/2009/January/09-civ-038.html.**

(34) Department of Justice, «The Accomplishments of the U.S. Department of Justice 2001–2009» (2009), **http://www.fas.org/irp/agency/doj/2001-2009.pdf.**

(35) Department of Justice, «Justice Department Recovers $2 Billion for Fraud Against the Government in Fy 2007; More Than $20 Billion since 1986» (2007); **http://www.justice.gov/opa/pr/2007/November/07_civ_873.html.**

(36) Department of Justice, «Warner-Lambert to Pay $430 Million to Resolve Criminal & Civil Health Care Liability Relating to Off-Label Promotion» (2004); **http://www.justice.gov/opa/pr/2004/May/04_civ_322.htm.**

(37) J. C. Fournier and others, «Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis,» **JAMA** 303, no. 1 (2010).

.I. Kirsch, «**Antidepressants and the Placebo Response,» Epidemiological Psychiatr Soc 18, no. 4** (2009): 318–22.

(38) Laura A. Pratt, Debra J. Brody, and Qiuping Gu, «Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005–2008,» **in NCHS Data Brief** (Hyattsville, MD, 2011).

(39) Ryan Du Bosar, «Psychotropic Drug Prescriptions by Medical Specialty,» **ACP Internist (2009), http://www.acpinternist.org/archives/2009/11/national- trends.htm.**

(40) Leslie Russell, «Mental Health Care Services in Primary Care,» monograph, Center for American Progress (October, 2010); **http://www.americanprogress.org/issues/healthcare/report/2010/10/04/846 health-care-services-in-primary-care.**

(41) Peter J. Cunningham, «Beyond Parity: Primary Care Physicians' Perspective on Access to Mental Health Care,» **Health Affairs** 28, no. 3 (May/June 2009): 490–501; doi: 10.1377/hlthaff.28.3.w490.

(42) L. N. Robins and others, «Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites,» **Arch Gen Psychiatry** 41, no. 10 (1984): 949–58.

(43) R. C. Kessler and others, «Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication,» **Arch Gen Psychiatry** 62, no. 6 (2005): 593–602.

(44) R. de Graaf and others., «Prevalence of Mental Disorders and Trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2,» **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 47, no. 2 (2012): 303–13.

(45) T. E. Moffitt et al., «How Common Are Common Mental Disorders? Evidence That Lifetime Prevalence Rates Are Doubled by Prospective Versus Retrospective Ascertainment,» **Psychol Med** 40, no. 6 (2010): 899–909.

(46) W. Copeland and others, «Cumulative Prevalence of Psychiatric Disorders by Young Adulthood: A Prospective Cohort Analysis from the Great Smoky Mountains Study,» **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 50, no. 3 (2011): 252–61.

(47) C. Moreno, G. Laje, C. Blanco, H. Jiang, A. B. Schmidt, and M. Olfson, «National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth,» **Arch Psychiatry** 64 (2007):1032–39.

(48) CDC estimates 1 in 88 children in United States has been identified as having an autism spectrum disorder (accessed October 8, 2012); **http://www.cdc.gov/media/releases/2012/p0329_autism_disorder.html.**

(49) B. Bloom, R. A. Cohen, and G. Freeman, «Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 2010,» National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics, Series 10, no. 250 (2011); **http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_250.pdf.**

(50) T. A. Ketter, «Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder,» **J Clin Psychiatry** 71, no. 6 (June 2010): e14.

(51) Richard A. Friedman, «A Call for Caution on Antipsychotic Drugs,» **New York Times, Health Section,** September 24, 2012 (accessed September 25, 2012); **http://www.nytimes.com/2012/09/25/health/a-call-for-caution-in-the-use-of- antipsychotic-drugs.html?_r=1.**

(52) B. L. Smith, «Inappropriate Prescribing,» **American Psychological Association; http://www.apa.org/monitor/2012/06/prescribing.aspx** (accessed September 19, 2012)

(53) Michael Kleinrock, «The Use of Medications in the US: Review of 2012,» IMS Institute for Health Informatics, p. 28 (accessed September 25, 2012); **http://www.imshealth.com/imshealth/Global/Content/IMS%20Institute/Docu**

57. Jonathan S. Comer, Ramin Mojtabai, and Mark Olfson, «National Trends in the Antipsychotic Treatment of Outpatients with Anxiety Disorders,» **Am J Psychiatry** 168 (2011): 1057–65.

58. G. Caleb Alexander and others, «Increasing Off-Label Use of Antipsychotic Medications in the US, 1995–2008,» **National Institutes of Health** (January 6, 2011); doi: 10.10021pds.2082.

(54) Centers for Disease Control and Prevention, «Drug Overdose Deaths— Florida, 2003–2009,» **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 60, no. 26 (2011)

(55) Peter W. Chiarelli, «Army Health Promotion Risk Reduction Suicide Prevention Report 2010,» **U.S. Department of Defense, American Forces Press Service (2010), http://www.defense.gov/News/NewsArticle.aspx?ID=60236.**

(56) Gardiner Harris, «Talk Doesn't Pay, So Psychiatry Turns Instead to Drug Therapy,» New York Times, March 5, 2011.

(57) J. C. West and others, «Economic Grand Rounds: Financial Disincentives for the Provision of Psychotherapy,» **Psychiatr Serv** 54, no. 12 (2003): 1582–83.

63. R. Mojtabai and M. Olfson, «National Patterns in Antidepressant Treatment by Psychiatrists and General Medical Providers: Results from the National Comorbidity Survey Replication,» J Clin Psychiatry 69, no. 7 (2008): 1064–74.

(58) M. W. Otto and others, «A Comparison of the Efficacy of Clonazepam and Cognitive-Behavioral Group Therapy for the Treatment of Social Phobia,» **J Anxiety Disord** 14, no. 4 (2000): 345–58.

.B. Roshanaei-Moghaddam and others, «Relative Effects of Cbt and Pharmacotherapy in Depression Versus Anxiety: Is Medication Somewhat Better for Depression, and Cbt Somewhat Better for Anxiety?» **Depress Anxiety** 28, no. 7 (2011): 560–67.

. G. I. Spielmans, M. I. Berman, and A. N. Usitalo, «Psychotherapy Versus Second-Generation Antidepressants in the Treatment of Depression: A Meta- Analysis,» **J Nerv Ment Dis** 199, no. 3 (2011): 142–49.

(59) N. R. Silton and others, «Stigma in America: Has Anything Changed? **Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on the Desire for Social Distance:** 1996 and 2006,» J Nerv Ment Dis 199, no. 6 (2011): 361–66.

(60) R. Smith, «In Search of Non-Disease,» BMJ 324, no. 7342 (April 13, 2002): 883–85.

(61) Charles Rosenberg, **The Trial of the Assassin Guiteau** (New York: The Notable Trials Library, 1996).

(62) P. S. Wang and others, «Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders in 17 Countries in the WHO World Mental Health Surveys,» **The Lancet** 370, no. 9590 (2007): 841–50.

القسم الثاني

ضرر البدع النفسية على صحتك

الفصل الرابع

بدع الماضي

«نحن لا نرى الأمور مثل ما هي عليه، بل نراها كما نحن عليه».

التلمود

هناك بدع تأتي وتذهب في التشخيص النفسي. إذ نفاجأ بأن الجميع يعانون فجأة من نفس المشكلة. نظريات الدجل والكذب هي المفسّر لهذه الزوبعة؛ وتزعم الشعوذة العلاجية تقديم الشفاء منها. ثم وبشكل مفاجئ أيضًا يمضي الوباء في مساره، ولا يعلم أحد أنه كان تشخيصًا غامضًا[1].

تعتمد البدع على الجمع بين فكرة معقولة ومحاكاتنا لها، متّبعين غريزة القطيع الرئيسة. مثل تقلبات سوق المال التي تشيع على الأرجح عند حدوث تغييرات، وانعدام اليقين أو الاستقرار. قد تكون الأسباب عميقة وشاملة للوضع البشري، أو بشكل أدق لنمو تاريخي معين، مثل نشر كتاب أو فيلم شعبي، أو علاج طبي جديد. هناك بعض من الطرق المضللة في فهم الاضطراب النفسي عاشت لآلاف السنين، وعاشت أخرى لعقود. على سبيل المثال، فكرة استحواذ الشيطان كانت فكرة قوية وتفسيرًا منطقيًا للمشاعر، الأفكار، والسلوكيات الغريبة التي تَرِد في كل وقت وكل مكان. بينما لم يكن اضطراب تعدد الشخصية بدعة مُرضِية، حيث ظهر فجأة وبشكل نادر، ولم يبقَ لمدة طويلة.

لا يتغير الناس كثيرًا، لكن التسميات تتبدل. قد تتذبذب أعراض وسلوكيات البشر قليلًا، لكنها في أساسها تبقى مستقرة طوال الوقت. بالمقابل، يمكن أن يتقلب أسلوب وصفنا لها، تمامًا كما يحدث من تغييرات في موضة الأزياء والموسيقى. حيث أن

الأعراض والمعاناة حقيقية، لكننا نحصر أنفسنا أحيانًا بتفسيرات وتسميات هي في أصلها خطأ محض وأبعد ما تكون عن الإقناع.

وعينا بهذه البدع القديمة يجعلنا نشكك بما أصبح اليوم «موضة تشخيصية». أفضل ترياق لهذه الموضة الحالية أو المستقبلية هو تقدير مدى سوء الموضات القديمة. إن التاريخ لا يعيد نفسه بشكل محدد، لأن تفاعلاته المعقدة تحمل معها تغييرات محتملة. لكن التاريخ يتشابه كثيرًا، لأن القوى الضمنية التي تُشكّله مستقرة إلى حد ما، حتى لو كان للمظاهر الخارجية انتشار واضح. وحينما نعلم أكثر عن هذه التشابهات في الماضي، سنسعى لتقليص تكرارها في المستقبل.

استحواذ الشيطان (فكرة قديمة، حاضرة، ودائمة)

يعدّ استحواذ الشيطان من أقدم البدع وأحدثها، سجلتها الوثائق القديمة ولا تزال تذكرها صحفنا اليومية. ربما كان الاعتقاد بالشياطين ثمرة للجهل، لكنه نموذج جذاب جدًا ولم يختفِ إطلاقًا من التصور الإنساني، بل ينافس بشدة أساليب التفكير العقلاني في التيار الديني والطب النفسي. بصورة أو بأخرى، سيعيش هذا الاعتقاد معنا على الدوام، وبين حين وآخر سوف ينحى لأن يكون بدعة بنتائج مدمرة[2].

غدا استحواذ الشيطان فكرة مذهلة ليس لأنها تصف المشاكل فقط، بل لأنها تقدم تفسيرًا خاصًا لأسبابها واقتراحًا عاجلًا لعلاجها. فالشيطان قد استحوذ على الإنسان وأحكم السيطرة على تفكيره، مشاعره، وسلوكياته، لأجل أن يقدم حزمة كاملة من الأعراض يمكن تقسيمها على الأقل إلى اثني عشر اضطرابًا مختلفًا في الدليل التشخيصي. يستطيع الطبيب النفسي اليوم وصف الفصام لكنه لا يستطيع البدء بشرحه. لكنه، أي: الطبيب أو الكاهن، يملك مكانة قوية للغاية، لأنه هو من لديه العلم الأكيد بمسببات الأعراض وعلاج محدد لشفاء المريض من مرضه. ربما ينجح طرد الشياطين إذا كان الطارد والمريض يعتقدان بذلك.

الاعتقاد باستحواذ الشيطان شائع بين الثقافات حول العالم وثابت بمرور الزمن، ذلك لأنه منطقي لدى الكثير من الناس، فهو يضرب على وتر أساسي في نفسية الإنسان، ويشرح جزءًا كبيرًا من التجربة الإنسانية بأبسط طريقة ممكنة. تجتذب المعركة ضد الشيطان العقل اللاهوتي، فهي تعالج معظم الأعراض التي تؤلمنا، تخدم الروح، وتساهم بربط القبيلة.

يمكن أن يكون استحواذ الشياطين منطقيًا إذا كان الأسلوب المستخدم لفهم التغيرات التي ينجم عنها أمراض نفسية وجسدية، أسلوب ما قبل علمي. (أو من المخدرات، الأحلام، وحالات النشوة). لكنه يبدو سخيفًا فقط بالنسبة لنا، نحن أطفال عصر التنوير الذين يؤمنون بالأسباب البيولوجية للسلوك الغريب. مع ذلك، لا يمكننا أن نغيّب المشكلة الواضحة لانعدام جدوى هذه الفئة التشخيصية، إذ بررت وبشكل رائع التعذيب والاضطهاد، أو حتى القتل للمرضى نفسيًا. من السهل تبرير المعاملة غير الإنسانية على أسس زائفة، كأن تكون جزءًا من الصراع المقدس ضد الشيطان.

ربما يُرى التشخيص النفسي واستحواذ الشياطين على أنهما طريقين متضادين لتفسير أسباب اضطراب السلوك، فالمرض النفسي يقابله مرض تتسبب به الأرواح. يرتاح معظم الناس في دول العالم المتقدم مع العلم الحديث. لكن ليس الكل، إذ أن أكثر من ثلث الأميركيين يعتقدون أن الملائكة والشياطين تلعب دورًا حيويًا في حياتهم اليومية. فهناك من يقلق أن الأطباء النفسيين ربما أخفقوا في تشخيص من استحوذت عليهم الشياطين، وشُخّصوا على أنهم يعانون من الفصام. لقد قام طاردوا الأرواح الشريرة بنشر دليل تشخيصي تفصيلي على الإنترنت، ليرشدنا لكيفية اكتشاف الشيطان في المرض. تبدو الكنيسة الكاثوليكية أقل تطرفًا في إيمانها بالشياطين، إذ تقترح طرد الأرواح فقط عندما تكون الأعراض متوجهة لتدنيس المقدسات، وبعد استبعاد وجود مرض نفسي. جدير بالذكر، أن الاستحواذ الشيطاني ينتشر في أفريقيا التي مزقتها الحرب. كما حدث وباء آخر أيضًا في الولايات المتحدة قبل عشرين عامًا كجزء من الهستيريا حول «إساءة الطقوس الشيطانية».

هوس الرقص: اضطراب الرقوصة ورقصة القديس فيتوس (منذ 1300 إلى 1700)

حدث هوس الرقص بصورتين متشابهتين تمامًا الرقوصة في جنوب إيطاليا، ورقصة القديس فيتوس في الشمال الأوروبي. كانت الأعراض مزيجًا من الميلانخوليا، الرؤى، الصداع، ضيق التنفس، الإغماء، الارتعاش، فقدان الشهية، وجع، تورم، وهاجس باقتراب الموت. كانت الأعراض في الجنوب تُعزى إلى لدغة من العنكبوت الذئبية الموجودة في المنطقة. تكون البداية عادة خلال قمة منتصف الصيف، حيث يفترض أن الحرارة تعزز الآثار السامة. بينما رقصة القديس فيتوس في الشمال الأوروبي كانت مختلفة، إلا أن

هناك العديد من الأعراض المتشابهة بينهما، والتي تُعالج بنفس الطريقة، لكن بحضور جمع ديني أكبر.

بغض النظر عن السبب، كان الدواء المقترح يزيد من الحمى، الهذيان والتشوش، ويستمر دوار الرقص إلى حد الإرهاق البدني وتجدد العقل. كان المفترض أن الرقص يزيل سم العناكب (في الجنوب) أو يخرج الشيطان من الروح (في الشمال). يشارك العشرات، أو المئات، وربما الآلاف من الناس جنبًا إلى جنب في مجموعة بشكل وبائي ويمكن للعلاج أن يستمر لساعات أو أيام أو حتى أسابيع بشكل مستمر. كانت الكحول تستخدم بكميات كبيرة، وأيضًا لعب الحرمان من النوم دورًا كبيرًا. مثلما يقع اليوم، حين يصعب أحيانًا فصل الأعراض الجانبية للدواء عن أعراض المرض. فقد يتصرف الناس بطرق غريبة، يمزقون ملابسهم، يصرخون، ينتحبون، يضحكون، أو يبكون بشكل يصعب السيطرة عليه، أو يتحررون جنسيًا، وربما يقومون بإشارات حيوانية. بعكس العلاجات المستعملة في معظم البدع (على سبيل المثال، النزيف، التطهير، التسميم بالزئبق). ربما كان لنوبات الرقص أثر مفيد كالتمارين البدنية، التنفيس، الإلهاء، التحام المجموعة.

استمرت الرقوصة ورقصة فيتوس لأربعمائة عام، منذ حوالي 1300 إلى 1700 ثم اختفت، مع وجود حالات متفرقة بُلغ عنها في ذلك الوقت. كانت الحياة صعبة في ذلك (العصر الجليدي الصغير) مع نوبات المجاعة، الوباء، الحرب، وقطاع الطرق. ربما قدمت بدعة الرقص سببًا وعلاجًا لعلم النفس المرضي للفرد، والانهيار الاجتماعي المتفشي[3].

هستيريا مصاصي الدماء (منذ 1720 إلى 1770)

كان الخوف من مصاصي الدماء متعمق في النفس الإنسانية منذ زمن سحيق. لطالما كانت هناك المشكلة الأساسية: ماذا نفعل بالموتى، وكيف نفهم ما الذي حصل لهم. كل ثقافة وجدت حلًا يخصها لمعظم الأسئلة الوجودية ـ حيث طُورت نظريات فلكلورية إلى جانب القيام بتحضير طقوس دفن، وذلك للتحكم بالحد المحتمل بين الحياة والموت. أصبحت المشكلة محزنة بشدة عندما استقر الصيادون الرُحّل في المزرعة وبدأوا في العيش حرفيًا على رؤوس موتاهم. سابقًا، كانت الجثث تُترك بصورة لائقة عندما ترتحل القبيلة. لكن القُرب القسري للأسلاف الموتى قد زرع الخوف فيهم لدرجة عبادتهم. فإذا مضت الأمور بشكل سيء، أو مرض أحد، كان من المنطقي التفكير بأن الأموات الذين

يعيشون في العالم السفلي (يشعرون بالحسد، الانتقام، أو عدم الرضا) لذا يرتفعون عاليًا لانتزاع نصيبهم من هذا الجسد.

في عهد مصاصي الدماء كان الإيمان بكل ذلك إيمانًا حرفيًا، فيُعزى مرض الأحياء إلى شرب دم أو أكل لحم إنسان غير ميت (كليًا) وغير (محبوب) أي: عشيق سابق. بدأت البدعة وانتهت في أوروبا الوسطى، خلال فترة راوحت خمسين عامًا من القرن الثامن عشر. كان هدوء الفكر الخارجي لعصر التنوير بمثابة قشرة خفيفة تُغطي الخرافات المستعرّة لأوروبا المضطربة، ذات الأغلبية الريفية، والأقلية القروية. برزت خرافة مصاصي الدماء عندما نُقلت الحكايات الفلكلورية السلافية لـ «الأموات الأحياء_Undead People» شفهيًا إلى الجيران الجدد في الإمبراطورية النمساوية المتسعة. لقد ارتكب رؤساء هابسبرغ خطأ بيروقراطيًا رغم تفانيهم الساذج. فتبعًا للطرق المقترحة من قبل مستشاريهم الصربيين، قاموا بعمل تحقيقات مجهدة، فاستخرجوا الجثث وخاطروا بإعدامها حرقًا. نُشرت بعد ذلك تقارير دقيقة ومفصّلة حول أفضل الممارسات المستخدمة في إعدام مصاصي الدماء. انتشر هذا الإرهاب المشروع لـ «الأموات الأحياء» كانتشار النار في الهشيم من قرية إلى قرية. وسرعان ما دخل الكتّاب في المشهد واخترعوا أدبًا رهيبًا لمصاصي الدماء.، مما غذى شرارتها وعجّل من المشاهد الجنونية. بُلّغ عن «هجمات» مزعومة في روسيا الشرقية عام 1921 وطوال فترة الإمبراطورية النمساوية خلال فترتي العشرينات والثلاثينات. دخلت كلمة مصاصي الدماء اللغة الإنكليزية لأول مرة عام 1734، وقُدّمت في فيلم عن رحلة في وسط أوروبا. تلك كانت أول بدعة صنعها الإعلام في التاريخ، لكنها لم تكن الأخيرة.

تزايدت المخاوف من مصاصي الدماء بسبب صعوبة التمييز بين الحي والميت. إلى وقت قريب، كان انعدام التكنولوجيا الطبية سببًا في جعل هذه المسألة مسألة تكهن ونزاع. ففي عالم بلا سماعة طبيب، لم يكن هناك حد واضح. خاف الناس من «الأموات الأحياء» ومن خطورة أن يدفنوا أحياء. شاع السهر عند القبور، ليس فقط لأجل إظهار الاحترام، بل للكشف عن علامات تجدد للحياة، ولإعاقة لصوص القبور أيضًا. ساهمت المراقبة الدقيقة للجثث بجعل بطولاتهم وشهيتهم المفتوحة أسطورة عظيمة. اختلفت الجثث بشكل كبير في تقييمها وأساليب تحللها. ربما يبدو الناس أجمل في موتهم من حياتهم_ فقد كان تبديد الجسد الحي مشهدًا يسرّ الناظرين عندما يملأ بغازات التحلل. لربما ألمح اللون

الأحمر القاتم إلى أن الجثة قد تمتعت بشرب دم الأحياء. وسَيثبُت هذا الشك المنطقي لو شُوهد دم يسيل من فم أو أنف «الأموات الأحياء».

كانت الجهود المبذولة لاستئصال مصاصي الدماء قاسية للأحياء والأموات. إذ يقبض عليهم، وتكون هناك عمليات إعدام علنية مسبوقة بأشد أنواع القسوة. كان المعتاد أن الضحايا المشتبه فيهم من المرضى نفسيًا، المعاقين عقليًا، السحرة الافتراضيين (ربما كانت النساء جيدات مع الأعشاب)، الانتحاري الذي يهدد بالموت، المتمردين من عقيدة الكنيسة، وأي شخص بدا أنه في المكان الخطأ والزمان الخطأ، في مواجهة العدو الخطأ.

جاء علاج هذا الجنون من ماري تيريزا، الملكة الحكيمة للنمسا. حيث قامت محكمتها الطبية بدراسة شاملة لتحديد ما إذا كان مصاصي الدماء قد وُجدوا بالفعل، وخلصوا إلى عدم وجود أساس لهذه الادعاءات. بعد ذلك قامت الإمبراطورة بحظر استخراج الجثث فارضة عقوبة شديدة على ذلك، وانتهت بدعة مصاصي الدماء.

لازالت تظهر في العقود الأخيرة أوبئة قليلة ومعزولة لمصاصي الدماء كما في بورتريكو، هاييتس، المكسيك، ملاوي، ومن بين كافة الأماكن لندن[4].

حمى فيرتر تخلق وباء الانتحار (أول ظهور عام 1774، في فلورنسا)

لم يقدم التاريخ شهادة على قوة الأدب العظيمة (أو خطر البدع) أقوى من الأثر الذي أحدثته رواية غوته (آلام فرتر) التي نشرت عام 1774[5]. كانت رواية أشبه بالسيرة الذاتية إلى حد ما، لقصة حب غير متبادل وانتحار رومانسي، وقد ساهمت بخلق ظاهرة شهرة الكاتب التي لم تكن موجودة من قبل، واتُخذ الكتاب دليلًا على موضة ما. أُصيبت أوروبا بعدوى حمى فرتر، لتؤثر على اللباس، الخطاب، الأخلاق وتُثير موجة من محاكاة الانتحار. المفارقة أن غوته تغلب على لوعة الحب، وعاش إلى سن الشيخوخة، نابذًا كتابه، وآسفًا على الأذى الذي تسبب به. تخلى بطله الحكيم الأكبر في (فاوست) عن إغراءات الرومانسية المتلونة لمتعة أكثر أمانًا، وهي بناء السدود في هولندا.

كان لمحاكاة الانتحار نمطين مختلفين تمامًا، جماعية وجماهيرية. يحدث الانتحار الجماعي عندما يقلّد الناس انتحار أحد المشاهير، أو انتحار قريب، صديق، أو زميل في العمل. دفعت مخاوف عدوى الانتحار الحقيقية مركز التحكم بالأمراض لأن ينشر مجموعة من التوجيهات الإرشادية في التقارير الإعلامية، وأن ينوّه بقصص لا تمجد

الإثارة، ولا الرومانسية الفاتنة التي تفصّل بشكل وصفي كيف تُعزز الشهرة بالانتحار، أو أي تلميح إلى أن الانتحار يمكن أن يكون اختيارًا عقلانيًا أو بوابة لشهرة دائمة[6].

أما الانتحار الجماهيري فلديه دوافع مقبولة اجتماعيًا. كان هناك عشرات الحوادث التاريخية للجيوش المهزومة (أو لنسائهم أو أطفالهم) فقد كانوا ينتحرون بشكل جماعي بدلًا من مواجهة القتل أو الاستعباد. أقل شيوعًا منه، كان هناك الانتحار الاحتجاجي، الذي يحدث عندما تقرر مجموعة ما، تقديم وجهة نظرها بأقوى طريقة ممكنة. النوع الثالث المختلف، مجموعة الانتحار الجماعي (كاميكاز_Kamikaze) مهمتها الدفاع عن الدين، المثل العليا، والأمة. ثم هناك الانتحار الديني الجماعي باتباع سلوك زعيم يعدّه البعض مسيحًا لهم.

كان الانتقاء الطبيعي قاسيًا ونجح بشكل كبير في تهذيب الحمض النووي الانتحاري. بغض النظر عن تقلبات الحياة، هناك واحد من ألف يلقون حتفهم طواعية. غالبًا ما يكون التدمير الذاتي بين الشباب، آخذين جيناتهم معهم إلى غياهب النسيان. يفوز الحمض النووي المؤيد للحياة في الرهان على الإنجاب، ويبقينا في كفاح مع هذه الحياة مهما كانت المشقة ومهما كان الألم. في وباء الانتحار، تنهزم غريزة القطيع أمام غريزتنا القوية للحفاظ على الذات. ليس هناك توضيح أفضل للقوة المضادة للبدع غير أن حقيقة الرغبة في الانضمام لمجموعة ربما فاقت الرغبة في البقاء على قيد الحياة.

علم الأعصاب يعزز البدع السريرية

الوهن العصبي، الهستيريا، اضطراب تعدد الشخصية، كانت تلك ثلاث بدع بدأ ظهورها في أواخر القرن التاسع عشر. ظهرت على يد أطباء أعصاب يتمتعون بكاريزما عالية (بيرد وشاركو)، كان الغرض منها شرح المظاهر المحيرة وغير المحددة للكثير من مرضاهم. لِم كانت ثلاثة أوبئة في وقت واحد؟ ولِم بدأها أطباء الأعصاب؟ هذه حكاية تحذيرية و(لها صلة بالحاضر) حول تألق اكتشافات علم الأعصاب، وما تكتسبه من سلطة غير مستحقة للأفكار السريرية التي لم تجهز بعد. واقع الأمس ليس ببعيد عن واقع اليوم، إذ كانت هناك ثورة في فهم كيفية عمل الدماغ. يوم أن اُكتشفت الخلايا العصبية، كان علماء الأعصاب (بمن فيهم فرويد) مشغولون بتتبع شبكته المعقدة من الاتصالات المشبكية. ظهر الدماغ على أنه آلة إلكترونية، أكثر تعقيدًا بالطبع، لكنه لا يختلف جوهريًا عن معظم الأجهزة الإلكترونية المخترعة حديثًا، والتي دخلت تيار الحياة اليومية.

ربما يشرح علم الأحياء الجديد السلوكيات التي أُعتبرت سابقًا ضمن المجالات المجردة للفلاسفة واللاهوتيين. لعل من المستحيل سبر أغوار النفس الإنسانية، لكن من الواجب معرفة المميزات الهيكلية والتوصيلات الكهربائية للعقل البشري. فالأعراض ليست نتيجة استحواذ شيطاني، لعنة، خطيئة، مصاص دماء، أو لدغة عنكبوت ذئبي. بل كانت عطلًا منطقيًا في أسلاك الآلة الدماغية. كان ذلك نموذجًا قويًا، ودقيقًا. لكن بعد ذلك (كما الآن)، أصبحت المشكلة في التقليل من مدى صعوبة سبر غور أسرار تلك الآلة المعقدة. أسهمت سلطة علم الأعصاب المقنّعة بإعطاء هيبة غير مستحقة للمفاهيم السريرية السخيفة وغير المنطقية.

هكذا ولدت ثلاث بدع «الوهن العصبي»، «الهستيريا»، «اضطراب تعدد الشخصية». كل واحدة منها كانت أسلوبًا للوصم وادعاءً لفهم المعاناة الإنسانية المشوشة بصورة مختلفة. لم تتضح فائدة أي من هذه البدع، جميعها كانت تشكّل ضررًا بطريقة ما. كان التفسير السببي لها خاطئًا، والعلاج المقترح في أفضل الحالات كان تأثير البلاسيبو، وفي كثير من الأحيان تفاقمت الحالات للأسوأ رغم دخولها طور الشفاء. لكن هذه التسميات ازدهرت لعقود لأنها بدت مقنعة، مجابهة للسلطة العليا لعلوم الأعصاب البارزة التي يروج لها قادة فكر ذو كاريزما عالية، بالإضافة لتلبيتها حاجة الإنسان للتفسيرات. يبدو ذلك الماضي وكأنه حاضرنا، حيث يقدم لنا درسًا مهمًا للغاية. خدعت مجموعة من التسميات المقنعة والقوية، إلى جانب نظريات سببية خاطئة وضارة أذكى الأطباء والمرضى في العالم. كانت تلك من أفضل التكهنات الثورية التي بيّنت خطأها القاتل، مثل العديد من تكهناتنا اليوم.

الوهن العصبي (منذ الثمانينات إلى أوائل التسعينات)

بداية عام 1869 قام طبيب أعصاب أميركي يدعى جورج ميلر بيرد بتعريف الوهن العصبي بنجاح، عرّفه بصورة حرفية كضعف في الأعصاب. كان يحاول ملء فراغ تشخيصي، أي: كيف تصِم العديد من الناس بأعراض جسدية ونفسية غير محددة، من تعب، فقدان للطاقة، ضعف، دوار، إغماء، عسر قراءة، غازات، صداع، أوجاع والآم معممة، اضطرابات في النوم، عجز جنسي، اكتئاب وقلق أو كليهما معًا. بدا مسمى الوهن العصبي جاذبًا لتفسير كافة تلك الأعراض المجتمعة.

تبعت نظرية بيرد السببية نموذجًا هيدروليكيًا يماثل قوة انقطاع الكهرباء في أي جهاز

إلكتروني، فالإجهاد النفسي والجسدي كان مرتبطًا بشكل منطقي بنضب طاقة الجهاز العصبي المركزي. عزا بيرد هذا النضب إلى أسباب اجتماعية- عن مدى صعوبة تكيف الناس مع حضارة تكنولوجية متغيرة، ضغوط المدنية، وتزايد بيئات العمل التنافسية. أصبح الناس يمرضون لأنهم يدفعون أنفسهم فوق طاقتها. معظم الحالات حدثت في الطبقات الساعية من العاملين المستقرين، لأنهم كانوا يرهقون عقولهم في حين قصدت الطبيعة أن يرهقوا أجسادهم. قبِل سيغموند فرويد طبيب الأعصاب، فائدة الوهن العصبي كتشخيص وصفي لأنه يصف العديد من مرضاه بشكل جيد. لكنه طور نظرية مختلفة تمامًا فيما يتعلق بنضب الطاقة، وانخفاض الليبدو. حيث يمكن أن تكون نتيجة لحصول العديد من هزات الجماع (وفي الغالب من الاستمناء المفرط).

كانت علاجات الوهن العصبي مختلفة، سخيفة ملحوظة، وعشوائية بشكل ملحوظ. كان المفضل لدى بيرد هو الجوهر البيولوجي للنظام العصبي مع العلاج الكهربائي. سخر فرويد من هذا «العلاج المزعوم» واقترح بدلًا عنه تقليص الأنشطة الجنسية مثل الجماع المفرط، والاستمناء. ولم يقترح تحليلًا نفسيًا للوهن العصبي لأنه نجم عن عجز ليبيدي، لا معضلة نفسية. اشتملت العلاجات المقترحة من البقية على الراحة، الاستحمام، تغيير في النظام الغذائي، وإلهاء النفس عن اهتمامات الحياة اليومية. كلها في أفضل الأحوال كان لها تأثير وهميًا جيدًا.

كان الوهن العصبي تشخيص غامض وعسير على الوصف بعلاجات غامضة وعديمة الجدوى. إن عدم تقلص شعبيته الهائلة في أنحاء العالم ليس إلا دلالة على إغواء المحادثات السريرية. لدينا حاجة ذهنية لاستحداث شيء من اللاشيء. على أي حال، التسمية التي قمنا بخلقها مهما انعدمت دقتها، إلا أنها قدمت تفسيرًا مريحًا لمعاناة المريض وهدفًا للعلاج. هي استعارة لكرب ملائم للتكنولوجيا ورؤية عالمية لزمان ومكان محدد. فعندما يكون الجميع مهتمًا بالطاقة الكهربائية، تصبح استعارة الكرب نضبًا في الطاقة الكهربائية. عندما يهتم الناس بالنواقل العصبية (مثلما يحصل الآن) فالاستعارة البليغة ستكون «خلل كيميائي».

اختفى الوهن العصبي فجأة- ربما لأن الطبيب النفسي حلّ محل طبيب الأعصاب كمقدّم رعاية رئيسي للمرضى الذين لديهم أعراض جسدية ونفسية غامضة وغير محددة. أسهم التحول من علم الأعصاب للطب النفسي بتحول مواز من الأعراض الجسدية

إلى النفسية كوضع اتصال مفضل بين المريض والطبيب. توسعت أيضًا الاصطلاحات النفسية، وسرعان ما أصبحت أكثر دقة في وصفها لمجموعة واسعة من أعراض مرضى العيادات الخارجية، ممن وُضعوا سابقًا تحت تسمية موحدة بلا معنى للوهن العصبي. مما جعل البدعة تأخذ مجراها[7].

الهستيريا / الاضطراب التحولي (منذ الثمانينات إلى أوائل التسعينات)

من بين جميع الأوبئة، حصل هذا الاضطراب على إشادة عالية من أشهر أطباء الأعصاب في ذلك الوقت، جان مارتن شاركو، بيير ماري فيلكس جانيه، جوزف بروير، وفرويد. تصف الهستيريا مرضى بأعراض محيرة، لا تتطابق مع توزيع الجهاز العصبي، كما أنها لم تنشأ من مرض عصبي. من بين الأعراض الأكثر شيوعًا، الشلل، فقدان الإحساس، أحاسيس شاذة، التموضع، تغير أو تبدل الكلام، الإسكات، التشنجات، الدوار، أو فقدان الوعي.

كان شاركو رجلًا استعراضيًا عظيمًا. عالج الهستيريا بحماسة وموهبة بالغة، كان من الأجدر أن تكون بمثابة صفارة إنذار. فقد جمع عددًا من المرضى المستقرين ممن يسهل إقناعهم، وجيشًا من الطلاب (من ضمنهم فرويد)، قد أتوا إلى باريس قادمين من أنحاء متفرقة من أوروبا لرؤية الزعيم أثناء عمله في تظاهرة كان حضورها جيدًا، دراميًا للغاية، وآسرًا للأعين. أظهر شاركو أن التنويم الإيحائي يمكن أن يعالج ويخلق الأعراض على حد سواء، فبإمكانه تنويم الأعرج والمقعد وشفاؤهم، أو ينوم السليم ويجعله أعرجًا أو مقعدًا. سكن معظم مرضاه مع بعضهم البعض، وأصبحوا يحاكون أعراض بعضهم البعض ببراعة، حتى عندما يكونون بعيدين عن رعاية الرجل العظيم. بطريقة أو بأخرى، غابت النقطة الأساسية عن شاركو. لقد أدت سلطته ومحاولات إرضائه إلى تحويل مرضاه إلى مؤدين تمثيليين، تمامًا مثلما كان ممثلًا هو بدوره. ودون أن يعترف بدوره المسبب، قام شاركو بتطوير نظريات غامضة للدماغ التي يفترض أنها جعلت الفرد أكثر عرضة للإصابة بالتنويم الإيحائي والهستيريا على السواء.

في تلك الأثناء، كان بروير (معلمًا آخر لفرويد) في فيينا يواجه مشكلة في تنويم آنا أو_Anna O. كانت امرأة مبدعة، ذكية، وسهلة الإقناع، امرأة عزباء بمجموعة أعراض معتادة غير محددة، وفي الغالب أعراض عصبية. انبثق من توجيه هذه المريض علاج سمّي

«بالعلاج الكلامي» أو التحليل النفسي، كبديل عن التنويم الإيحائي. بدلًا من أن تذهب في غفوة منومة، قامت آنا، على ما يبدو، بربط أفكار عشوائية. فقام الطبيب والمريض بعمل صلات نفسية تربط بين أوهامها وبواعث اللاوعي في حياتها الماضية. ونجح الأمر! تحسنت الأعراض على الفور. لكن آنا تعود مريضة متى ما كان شفائها مهددًا بإنهاء العلاقة العزيزة مع بروير. كان هناك تفسير واضح. تحسنت آنا لإرضاء بروير وساءت حالتها لتتجنب خسارته. مما جعل بروير مهتاجًا (ناهيك عن زوجته الغيورة، التي ربما فهمت آنا أو أوضح مما فهمها هو أو فرويد.)

في تنويم شاركو الإيحائي، كان من الواضح أن الأعراض يمكن أن تظهر أو تختفي بناء على سهولة إقناع المريض، وقد كان هذا الملمح قوة هامة في كل علاقة بين المريض والطبيب. صاغ فرويد مصطلح «التحويل» للدور الوالدي الذي ربط المرضى بأطبائهم وجعلهم أكثر ضعفًا للتأثر. لكن فرويد فشل في فهم مدى أهمية لعب الأدوار في التحليل النفسي. فقد فهم وبالغ في تقييم صراع النفس الداخلي والتحويل، لكنه قلل من قيمة العلاقات الشخصية وفشل في فهمها[8].

كان التحليل النفسي علاج غير فعال للاضطراب التحولي، ومثل التنويم الإيحائي، أسهم في تكاثره. المفارقة أن الشامان ربما كان طبيبًا أكثر فعالية لآنا من محلل نفسي. لربما فهم أعراضها مجازًا، واقترح طريقة أكثر فعالية لشفائها. انتهى علاج آنا أو بطريقة سيئة، وظلّت مريضة وغاضبة من بروير. لكن هناك نهاية سعيدة للقصة. ففي الحياة الواقعية آنا أو هي امرأة تدعى بيرثا بابنهايم، تلقت العلاج وغدت من مؤسسي مهنة العمل الاجتماعي.

مثلما كان الحال مع الوهن العصبي اختفت الهستيريا التحولية عندما حلّ الأطباء النفسيون محل أطباء الأعصاب، كمقدمي رعاية رئيسين لطالبي العون. إن وجود مرضى يقتنعون بسهولة بأطباء الأعصاب لهو أمر كاف ليخرجوا بأعراض عصبية. بينما وجود هذا المريض نفسه مع محلل نفسي سيفسّر له معاناته بأعراض عاطفية ومعرفية. لاتزال أعراض الاضطراب التحولي مشاهدة في أجزاء من العالم حيث يوجد القليل من العاملين في الصحة النفسية، ولا يتمكن المرضى من الحصول على رعاية أفضل إلا حينما يوجد أعراض جسدية[9].

اضطراب تعدد الشخصية

أول ما شاع اضطراب تعدد الشخصية كان في أوروبا مطلع القرن العشرين. مرة أخرى، شاركو هو من يقود هذه الكارثة. لقد ساهم بجعل التنويم الإيحائي علاجًا طبيًا رائجًا (وهو لا يعدو كونه مجرد خدعة في صالون شعبي). ساهم التنويم الإيحائي في معرفة المشاعر غير المقبولة، الأوهام، الذكريات، والدوافع المكبوتة التي بقيت خارج الوعي. كان التعاون بين مرضى وأطباء جميعهم قابلين للإيحاء، مما يفسر ويوضح كيف وارى المريض شخصية خفية (أو شخصيتين أو ثلاثة، وربما أكثر). من خلال عملية «الانفصال» تكون الشخصيات الخفية قد بنت وجودًا استقلاليًا خاصًا بها، وربما تقوم مؤقتًا بالتحكم وعمل أمور كانت خارجة عن السيطرة، ولربما تتحكم بالشخصية المهيمنة. كانت تلك وسيلة لتحويل استعارة الكرب وعدم الارتياح مع النفس إلى مرض متسق ظاهريًا، من شأنه أن يقلل من أي مسؤولية شخصية للمشاعر المُنكرة.

المفارقة، أن علاج الانفصال الذي يفترض أنه تسبب باضطراب تعدد الشخصية كان يساعد على مزيد من الانفصال عبر التنويم الإيحائي. كان الهدف هو حث الشخصيات «البديلة» للظهور في وضح النهار بحيث يمكن توحيدها في كتلة واحدة. لم يكن من المستغرب أن الأثر الشامل لعلاج التنويم الإيحائي كان تعزيزيًا أكثر من كونه علاجًا للمرض المفترض، حيث واصلت الشخصيات المقموعة الانقسام ومضاعفة عددها. لحسن الحظ، أدرك المعالجون والمرضى أن التنويم الإيحائي يضر أكثر مما ينفع، فأصبح أقل شعبية. اختفى التنويم الإيحائي بعدما حلّ محله التحليل النفسي الذي ركز انتباه المريض على الدوافع المكبوتة والذكريات، عوضًا عن توحيد شخصيات مقموعة.

عاد ظهور تعدد الشخصية في منتصف الخمسينات بإيعاز من الكتاب والفيلم الشعبي (ثلاثة أوجه لحواء- The Three Faces of Eve)[10] لم يدم طويلًا لأن معظم المعالجين كانوا مدربين جيدًا ولم يلقوا بالًا لاضطراب تعدد الشخصية. في الواقع، لم يكن هناك كادر من المعالجين ممن يملكون الاستعداد والقدرة لخلق مجموعة مرضى جدد لاضطراب تعدد الشخصية. حلّت بدعة أكثر ثباتًا بعد حالة سيبل في السبعينات. ثم بدأ مجلد حالات اضطراب تعدد الشخصية بالتضخم بشكل ملحوظ، كانت البدعة تتغذى على نفسها ثم بلغت ذروتها في التسعينات واختفت بشكل مفاجئ تمامًا مثلما ظهرت. كان سبب انتعاش اضطراب تعدد الشخصية هو الاهتمام العلاجي المتجدد بالتنويم الإيحائي، وعلاجات

أخرى ارتدادية إيحائية تهدف إلى خلق «شخصيات بديلة». ثم تولدت صناعة المعالجين خلال ورش عمل نهاية الأسبوع، حيث يتعلمون الطرق المثلى للكشف عن الشخصيات الجديدة. هذا الجيش من المتحمسين المُدرَّبين تدريبًا ضعيفًا كمتخصصين في اضطراب تعدد الشخصية خلق شخصيات جديدة بصورة مثيرة للقلق، وأصبح هذا الاضطراب «موضة تشخيص» افتراضية لكل مريض شوهد في تدريبهم.

ربما كان اضطراب تعدد الشخصية مجرد استعارة صنعت لنفسها حياة خاصة. حدثت أغلبية (إن لم يكن الكل) حالات اضطراب تعدد الشخصية نتيجة جهود المعالجين الجيدين المخدوعين بما يجري حولهم، وكذلك كان مرضاهم. ليس من الصعب على معالج سهل الإقناع أن يعالج مريضًا يسهل إقناعه، وأن يحول أي مشكلة نفسية تافهة إلى اضطراب تعدد الشخصية. حيث يحشد المريض والطبيب ذهنيهما ويسميان «الشخصيات البديلة» لإعطاء اتساق للدوافع غير المقبولة والسلوكيات التي تتصارع مع توقعات الذات. ولن يستغرق الأمر وقتًا طويلًا حتى يكون لهذه الشخصيات وجودًا مستقلًا[11].

لفترة ما، بدا أن كل مريض ثالث أو رابع يدّعي أن لديه شخصيات متعددة. تغذت البدعة أيضًا على قدرة الإنترنت (الذي نشأ في ذلك الوقت) على توفير المعلومات الفورية والدعم. ومع تنامي عدد المصابين باضطراب تعدد الشخصية، وكذلك عدد الشخصيات للفرد، تطورت المنافسة لتحديد من يستطيع تحقيق مزيد من «الشخصيات البديلة». آخرها على حد علمي كان لحالة امرأة ادّعت أنها اكتشفت 162 شخصية مميزة (معظمهم من النساء، وبضع عشرات من الذكور) من مختلف الأعمار والاستعدادات، كلٌّ يحمل اسمه. بلغ الأمر حدًّا من السخف عندما بدأ بعض المرضى (وحتى المعالجين سواء صدقتم أم لا) بالتأكيد على أن اضطراب تعدد الشخصية مرتبط نوعًا ما، باستحواذ الشيطان والطقوس الشيطانية.

انخفض الطلب على علاج اضطراب تعدد الشخصية بشكل ملحوظ عندما توقف التأمين عنه، وعندما خاب أمل المعالجين وأرهقوا من معالجته. توهم المتحمسون لاضطراب تعدد الشخصية أنهم يفتحون صندوق العجائب بإنتاج المزيد من الشخصيات. تدريجيًا أصبح وضع المرضى أسوأ من السابق، وأحيانًا يشتد سوءًا ويصبح من العسير التعامل معهم سواء في علاجهم أو حياتهم. التقيت بالمئات من الأشخاص الذين يزعمون أنهم يخفون شخصيات متعددة. جميعها ظهروا تقريبًا كقطيع خلال قمة ذروة الوباء في

أواخر الثمانينات وأوائل التسعينات. وفي كل حالة اكتشف أن الشخصيات المنبثقة قد اتخذت لها حياة خاصة بعدما تلقى المريض علاجًا مع معالج نفسي مهتم بهذا الموضوع، أو بعد الانضمام لمجموعة على الإنترنت، أو بعد لقاء شخص لديه المشكلة عينها، أو بعد مشاهدة فيلم يؤطر هذه المشكلة. أتساءل ما إذا كان اضطراب تعدد الشخصية قد حدث كأمر إكلينيكي عفوي، وإن كان كذلك فمن العسير أن يتكرر في أغلب الأحيان.

لقد كان اضطراب تعدد الشخصية معضلة لي في عملي كرئيس لفرقة عمل دسم 4_DSM_IV. شعرت بأنه خدعة (بشكل أرقّ، عدوى مؤقتة بين المعالجين وقابلية اقتناع لدى المريض)، هو ليس اضطرابًا نفسيًا منطقيًا بكل تأكيد. في أفضل وأسوأ حال، اخترت ألا أفرض وجهة نظري على دسم4_DSM_IV. واصلنا تضمين اضطراب تعدد الشخصية داخل الدليل، وتكبدنا عناء التدقيق لنقدم جانبين من الخلاف بشكل عادل وفعال كما يجب، رغم أنني مؤمن بأنه كان حديثًا فارغًا من جانب واحد. أُثني على ضجّتي المحافظة وعدم إحداث تغيير بناء على رأيي الشخصي. لحسن الحظ، أخذ العالم استراحة وترك اضطراب تعدد الشخصية، لكنني لا أستبعد وجود ثورات في المستقبل. لدى اضطراب تعدد الشخصية جاذبية ثابتة للمرضى والأطباء القابلين للتأثر والإقناع، إلى جانب من يعانون من الكذب المستديم، وهو على استعداد دائم للعودة. نتطلع إلى بداية وبائية أخرى خلال عقد أو أكثر بعدما ينسى جيل جديد من المعالجين دروس الماضي.

مطاردة الساحرات: فضيحة الاعتداء الجنسي للرعاية النهارية (منذ 1980 إلى 2000)

كانت فضائح الاعتداء الجنسي من الرعاية النهارية (تحدث بالتزامن وأحيانًا مرتبطة مع بدعة اضطراب تعدد الشخصية) كإعادة مقاربة لمحاكمات السحر في سالم(*)، بانفصال زمني عنها لما يقارب ثلاثمائة سنة. عكست كافة تلك الأوبئة أسوأ ما في الطبيعة البشرية، وتغذّت على نفس مكونات الخوف، من اتهامات باطلة، وتزمت شهواني، إيحاء، إسقاط، عدوى جماعية، وقبول ساذج للشهادة الخيالية من الأطفال. تكاثرت محاكمات السحر في سالم زمن الستينات من قبل الكهنة الصالحين من البروتستانت

(*) محاكمات السحر في سالم_ Salem Witch triales كانت سلسلة من جلسات الاستماع والمحاكمات للأشخاص المتهمين بممارسة السحر في ماساتشوستس ما بين فبراير 1692 وأيار/ مايو 1693. أسفرت عن إعدام 20 شخصًا معظمهم من النساء.

(الضالين والمدمرين). انتشر وباء في الولايات المتحدة في التسعينات الميلادية من قبل المعالجين حسنيّ النية (لكنهم ضالون ومدمرون)، اعترفوا بتحالف الآباء، الشرطة، المدعين العامين، القضاء، والمحلفين معهم. هذه قصة محبطة، وإخفاق قضائي مهين، وتعطيل لمجتمعنا المدني.

تبعت كافة الحالات ذات السيناريو الكئيب في كل مرة. بدأت البدعة في مقاطعة كارن، كالفورنيا، عام 1982 ثم انتشرت في أنحاء البلاد انتشار النار في الهشيم خلال عشر سنوات فقط، (انتشرت بصورة أقل في أنحاء العالم). كانت هناك مزاعم أن مقدمي الرعاية النهارية يسيئون معاملة من يرعونهم بطرق صادمة وغريبة للغاية. كان الدليل في كل حالة من الحالات مبنيًا على اتهامات خيالية وعظيمة من أطفال صغار في السن، واتهامات لا تدعمها دلائل مادية أو شهادات منطقية ومعقولة. الاتهام الأول عادة ما يأتي من شخص مُحب للانتقام أو مضطرب، إما أن يكون أحد الوالدين، أزواج الأم والأب، أو الأجداد. وسرعان ما ينتشر الذعر بين بقية الآباء والأمهات وكافة المجتمع.

كانت شهادات الأطفال مستمدة من مسامرة طويلة، شاقة، مكررة، واستجوابات منهكة يقوم بها تحالف مشين من المعالجين، الشرطة، والادعاء العام بمساعدة الصحافة والوالدين. استخدم فيها المحققون لهجة قيادية، مثيرة للعواطف، وأحيانًا قسرية. كان الضحايا من الأطفال على علم بالأشياء المريعة التي حدثت، وأصبح وجودهم مجرد مسألة ملء تفاصيل عنيفة. يقال للأطفال عما قاله الأطفال الآخرون، ويقع عليهم ضغط كبير بعد ذلك لتتوافق أقوالهم مع البقية. فالقصص التي يرويها الأطفال الشهود تتغذى على بعضها البعض، وتتقارب بصورة متسقة ومهلكة. إعادة لمحاكمات سالم.

لم يكن هناك نقص في التفاصيل الصارخة لتملأ فراغ مخيلة أي طفل أو لاسترجاعه للأحداث. كانت الحدود المحتملة لإبداع طفل أو صحفي مدعومة من تقارير وسائل الإعلام الواسعة التي تبث اتهامات موجهة لحالات أخرى. كانت الصحافة والتلفاز في مواجهة أيام ميدانية، وتقديم عروض بهلوانية. كانت التهم سخيفة، خيالية، واستحالتها جسديًا لم تكن بالأمر الهام. وللمرء أن يفترض أن الشخص العقلاني يستحيل أن يمنح هذه التهم أي مصداقية، لكن الناس قد اختاروا أن يكونوا بلا عقلانية. تكتسب الاتهامات الغريبة سلطة مجنونة إذا بُلغ عنها بشكل كاف في أي حالة كانت. ويبدو أنها تؤكد دائمًا ما بُلغ عنه في كثير من الأحيان وبشكل صارخ، وبتفاصيل واضحة في عديد من الحالات

والمناطق المختلفة. كانت المسألة، لا بد من وجود نار مادام هناك دخان. كان على النظام القضائي توجيه ادعاء على جنونه المؤقت.

لعبت الحالات اختلافات متنوعة لإساءة من وجهين جنسية وشيطانية. الجزء الجنسي كان مؤلفًا من أي فعل جنسي يمكن تخيله (وبعضها لا يمكن تخيله أو إمكانية تخيله) من عربدة، إباحية، بغاء، وتعذيب. كما احتوت الشعائر الشيطانية على عبادة الشيطان، قتل أو تعذيب الحيوانات، شرب الدم أو البول، تناول البراز، وتلبس الشيطان. احتوت بعض القصص على عناصر خيالية، تواصل مع الغرباء، إيذاء من الروبوتات، طعنات سكاكين لم تخلف آثار جروح، وغيرها. بطريقة ما، فشل سخف الشهادات المقدمة لهذه الادعاءات بتنبيه المتحمسين لمدى السخف الظاهر من الجميع.

كل هذه الأحداث حدثت زعمًا في مركز الرعاية النهارية خلال ساعات معينة، بانتظام، ودون ملاحظة من أي أحد، لا من الوالدين، ولا الجيران، أو رجل توصيل الطلبات، لا أحد ببساطة. ليس هناك أي تفسير لما حدث، رغم كل ذلك التعرض الفاضح يغادر الأطفال المركز كل يوم طبيعيين ومبتسمين. ازدادت الأمور سوءًا عندما دخلت التحقيقات الكبرى وبسطت عدتها. فانتشرت الشبهات والملامات. من الواضح أن الجاني لم يفلت من عمله الفاسد دون تواطؤ تآمري أو مشاركة فعالة من كافة طاقم مركز الرعاية النهارية. خضعت هذه الأرواح البريئة المسكينة لغضب الأتقياء الصالحين وتقنيات استجوابهم القاسية لموظفي الخدمة العامة السذج (طموحون في الغالب)، وعزمهم على حماية أطفالنا ومعاقبة كافة المسؤولين عن إضاعة براءتهم. واجه العاملون الخيار الرهيب المعتاد لأولئك الذين اُتهموا بصورة غير عادلة، إما خسارة الشرف أو الحرية. أقرّوا بالاتهامات الباطلة ومشاركتهم في الأنشطة السخيفة التي اتهمهم الأطفال بفعلها، وبذلك خانوا أصدقائهم ممن ثبتت إدانتهم بناء على شهادات باطلة. وكان الخيار الآخر قضاء فترة حكم بالسجن لمدة طويلة لجريمة وجودهم بالمكان الخطأ والوقت الخطأ.

في رغبة مذعورة ومهتاجة لحماية أطفالهم من خسارة متخيلة لبراءتهم، أخضع الآباء أطفالهم لتحقيقات مدمرة ومفاهيم خيالية عن الجنس والشيطان، الحاجة للكذب وتقديم شهادة زور، التعرض للعامة، ولاحقًا أصبحوا مذنبين لمشاركتهم في هذه الفوضى. من المؤكد أنهم أسهموا بخسارة حقيقية لبراءة أطفالهم. طوّر «المعالجون» المشاركون في تلك الحالات مهارة فورية في جنس الرعاية اليومية، واكتسبوا مؤخرًا شهرة على

جهودهم الرائعة لاستئصالها. عمِي المحاورون بشأن تأثير تحيزاتهم، ودور الإيحاء والتعزيز الإيجابي في مساعدة الأطفال لترديد أفكارهم المسبقة. عزز المعالجون هذه العملية بدمى سليمة تشريحيًا، وكان من المفترض أن تكون لغرض إثبات وتحديد ما الذي حدث بالفعل. لكنها تحولت بدلًا عن ذلك إلى علاج اللعب المتبادل الذي أثار مزيدًا من الخيالات الجنسية المتعاونة بين المعالجين والأطفال[12].

لماذا حدث هستيريا وباء الرعاية النهارية، أين ومتى حدث؟ ولماذا عام 1982؟ ولماذا كان في الولايات المتحدة؟ من غير الممكن أن نكون دقيقين في تقييمنا لأسباب أي حدث يملك العديد من التأثيرات المختلفة والمتشابكة. لكن بعض الأمور تبرز كإسهامات محتملة. لا يمكن أن تذعر من مراكز الرعاية النهارية إلا إذا كان لديك مراكز رعاية نهارية. وكانت تلك تجهيزات ضرورية للحياة الأميركية مع دخول مزيد من الأمهات لسوق العمل، وسفر العائلات لمسافات بعيدة للحصول على الوظائف المتاحة، وكان هناك القليل من الجدات للمساعدة في مجالسة الأطفال. ومما لا شك فيه أن مشاعر الذنب لدى الوالدين في تخليهم عن مسؤولياتهم قد لعبت دورًا هامًا. كان هناك قلق بين المعالجين لأنهم لم يأخذوا شهادات بعض الأطفال السابقة، ممن واجهوا اعتداءات جنسية حقيقية على محمل الجد. وكان هناك العديد من المعالجين بخبرة محدودة جدًا، ممن استطاعوا تعزيز الذات واكتساب سلطة كـ «متخصصين» وهميين. هذه الحادثة المحزنة هي أوضح تحذير يمكن تخيله لأي معالج يشعر بدافع للقفز في سيرك البدع الحالية أو المستقبلية.

اتباع الجماعة

ليس من المفاجئ لنا أن التشخيص النفسي كان ولا زال مسايرًا للموضة. إذ تؤثر الموضة على كل جانب من سلوكنا، واتباع الجماعة جزء من الطبيعة البشرية. الخبر السار هنا أن الموضة تأتي وتذهب. قبل قرن مضى، كان العالم غارقًا في الوهن العصبي، الهستيريا التحولية، واضطراب تعدد الشخصية. ثم اختفت كل هذه الثلاثة على نحو غامض ومفاجئ. إن البدع النفسية التي تبدو راسخة الآن هي أكثر هشاشة مما تظهر عليه، ومن المرجح أن تذبل مع الوقت لأن الناس أصبحوا أكثر وعيًا بخطورتها. لكن هناك خبرًا سيئًا أيضًا، معظم الأوبئة في الماضي كانت معزولة، محلية، محدودة ذاتيًا. بدعنا الجديدة، عالمية، مسكوكة، وأصبحت جزءًا من البنية التحتية للمجتمع.

الهوامش

(1) Hilary Evans and Robert E. Bartholomew, Outbreak!, **The Encyclopedia of Extraordinary Social Behavior** (San Antonio, TX: Anomalist Press, 2009).

(2) I. M. Lewis, Ecstatic Religion: **A Study of Shamanism and Spiritual Possession** (New York: Routledge, 2003).

(3) John Waller, The Dancing Plague: **The Strange True Story of an Extraordinary Illness** (Naperville, IL: Sourcebooks, 2009).

(4) Mark Collins Jenkins, Vampire Forensics: **Uncovering the Origins of an Enduring Legend** (Washington, D.C.: National Geographic Society, 2010).

(5) Johann Wolfgang von Goethe (Translated and edited by Michael Hulse), **The Sorrows of Young Werther** (London, U.K.: Penguin Books, 1989).

(6) CDC, «Suicide Contagion and the Reporting of Suicide; Recommendations from a National Workshop on Reporting on Suicide» (accessed August 22, 2012): **www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031539.htm.**

(7) Isaac G. Briggs, Epilepsy, **Hysteria and Neurasthenia: Their Causes, Symptoms, Treatment** (Charleston, SC: Bibliobazaar, 2007).

(8) Josef Breuer and Sigmund Freud, **Studies in Hysteria** (New York: Basic Books, 2000).

(9) Harold Merskey, **The Analysis of Hysteria, 2nd ed.** (London, U.K.: The Royal College of Psychiatry, 1995).

(10) Corbett H. Thigpen, MD, and Hervey Cleckley, MD, **The Three Faces of Eve** (New York: McGraw-Hill, 1957).

(11) August Piper, MD, and Harold Merskey, DM, «The Persistence of Folly: A Critical Examination of Dissociative Identity Disorder Part II: The Defence and Decline of Multiple Personality or DID,» **Canadian J Psychiatry** 49, no. 10 (2004): 678–83.

(12) Debbie Nathan, Satan's Silence: **Ritual Abuse and the Making of a Modern American Witch** Hunt (Lincoln, NE: Author's Choice Press, 1995).

الفصل الخامس

بدع الحاضر

قال همبتي دمبتي -بنبرة أقرب للازدراء-: «عندما أستخدم كلمة واحدة، فهي تعني ما اخترت أن تعنيه فقط، لا أكثر ولا أقل»

أجابته أليس: «السؤال هو، ما إذا كان بإمكانك جعل الكلمات تعني العديد من الأشياء الأخرى».

فقال همبتي دمبتي: «بل السؤال، أي منها ستكون لها السيادة- هذا كل شيء».

(أليس في بلاد العجائب: لويس كارول)

تباهى همبتي دمبتي بلا واقعية بقدرته على إتقان الكلمات والتحكم بمعانيها. قاده هذا التفاخر إلى سقوط عظيم كان مستحقًا له. أحد الأشياء التي واظبت أليس على اكتشافها في بلاد العجائب أن الكلمات تستطيع الطيران دون تحكم، ولها معان مختلفة ومحيرة، ومعتمدة جدًا على السياق. فهي ليست ما «تختار أن تعنيه» بل ما يؤوله عنك الآخرون. ويمكن أن يعني ذلك أكثر أو أقل مما قصدت.

لم نكن على دراية أننا كنا في موقف همبتي دمبتي المتزعزع عندما نُشرت الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي عام 1994. تشاركنا معه إيمانه الراسخ بسلطة الكلمات المختارة بعناية، وفوجئنا عندما خرجت كلماتنا أيضًا عن السيطرة. كان هدفنا منع نمو تضخم التشخيص، وصوّر لنا خيالنا أننا ماضون على هذا الدرب[1]. كنا على خطأ[2]. تبين لنا أن تأثير النظام التشخيصي ليس في الكلمات المكتوبة، بل بالطريقة التي يُتاح بها استخدام تلك الكلمات. كان القصد من دسم 4-DSM-IV أن يكون دليلًا تشخيصيًا دقيقًا ومتحفظًا، لكنه خرج من أيدينا بمجرد نشره، ولم يُستخدم دومًا بدقة وتحفظ. اعتقدنا أننا

أغلقنا الباب على كل مقترح جديد يمكن أن يكون هدية بيد شركات الأدوية. لكننا لم نحسن تقدير قوة إقناعهم الممارسين والمرضى بتطبيق كلماتنا بطرق فضفاضة للغاية. إن إعلانًا تلفزيونيًا ملونًا يملك تأثيرًا دراماتيكيًا أكثر بكثير من المادة المطبوعة لمجموعة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي. طغى الهجوم الكاسح للتسويق المضلل على حدود فرط التشخيص التي توهمنا أنها مترسخة في تعريفاتنا. تبين لنا أن دسم4_DSM_IV_4 ساهم من غير قصد بتأسيس ثلاثة أوبئة كاذبة وجديدة في الطب النفسي، فرط تشخيص تشتت الانتباه، التوحد، واضطراب ثنائي القطب للبالغين. بحكم خبرتي- أي شيء يحتمل أن يساء استخدامه في الدليل التشخيصي والإحصائي، قد أُسيء استخدامه بالفعل.

كان من المفترض أن نكون أكثر دراية. فالتعقيدات بين التراث الشفوي والمكتوب قديمة كقِدم الكتاب المقدس، وحديثة كحداثة تفسير المحكمة العليا للدستور. بشكل عام، لا تسيطر الكلمات المكتوبة لوحدها، بل عندما تفسر لاحقًا. إن إنتاجات بديلة لنفس المسرحية يمكن أن تنقل معنى مختلف تمامًا دون تغيير كلمة واحدة. الدرس الأخير الذي تعلمته في آخر ثلاثين سنة، هو أن الدليل التشخيصي والإحصائي لا يؤسس معايير بمفرده. الأطباء، العاملين في الصحة النفسية، شركات الأدوية، مجموعات الدفاع، أنظمة المدارس، المحاكم، الإنترنت، والتلفاز كلها لها الحق في اقتراح كيف يمكن أن تستخدم أو يساء استخدام كلمات الدليل. هناك تكهنات كاذبة، وأوبئة كاذبة. باستطاعتك أن تبذل مجهودًا للتحكم بالدليل التشخيصي إلى آخر لحظة تسبق نشره. لكن بمجرد ما يُنشر على النطاق العام، سيتلقّفه الناس ويستخدمونه (يسيئون استخدامه غالبًا) بكل أريحية.

فيما يلي، عرض مضلل لوباء حالي كاذب في الطب النفسي- حيث من المرجح أن يشخص الاضطراب النفسي بإفراط، كما يعالج بإفراط أيضًا. وصف الكلمات بشكل جيد قد يقلل من انتشار الاضطراب. لكن في البداية، هناك محظور واحد يجب التنبيه عليه- ألا وهو أن بدعة التشخيص هي في أصلها تشخيص مفيد، لكنه تفاقم. هناك العديد من الناس وربما معظمهم قد شُخصوا لسبب جيد. هذه التشخيصات «بدع» لأنها أصبحت موضة وتطبق بشكل فضفاض وغير لائق، تحديدًا في الرعاية الأولية. من الأساسي لفهم وعلاج الأعراض النفسية، أن يكون كلٌّ في مكانه المناسب، ومُشخّص بدقة. أيّ شخص يحصل على إحدى هذ التشخيصات يجب أن يأخذ برأي ثان. كن مشككًا على الدوام، لكن ليس مشككًا للغاية.

تفاقم اضطراب تشتت الانتباه

الساعة السادسة صباحًا، أقود سيارتي إلى المطار في جو مظلم وممطر. لم أستطع رفع سيارتي المكشوفة للأعلى، كانت متعطلة منذ أشهر، لكنني تناسيت مرارًا أمر إصلاحها. وصلت، ركنت السيارة بشكل مواز، تحققت من حقائبي، تركت الإضاءة مفتوحة والراديو يدوي بأغان العصر الذهبي من الستينات، السبعينات، والثمانينات. عند العودة بعد أسبوع، لم أجد سيارتي في مكانها. كان ذلك مفاجئًا لي، لكن ألم يكن ذلك بسبب ركني إياها في مكان لم أركنها فيه من قبل. لكنني نسيت كل ذلك، تحققت من حقائبي، وركبت الطائرة بكل سرور. نادى ضباط الأمن اللطفاء جميع رفاقهم للضحك مطولًا على قصتي. ممتن جدًا لهم لسحب سيارتي إلى مكان آمن، وشحن بطارياتي، وقد رفضوا إكراميتي لأن مقابلة شخص مغفل للغاية كانت أكثر من مكافأة مالية لهم.

سكرتيرتي تامي أيضًا وجدت حياتها مبهجة للغاية، لما أتمتع به من قدرة سحرية على فقدان الأوراق التي تقع على بعد عشرة أقدام من مكتبها، عدم قدرتي على إيجاد مكتبي وسط متاهة المستشفى الذي عملت فيه لسنوات، وقدرتي على نسيان الاجتماعات والمواعيد. زوجتي أقل خبرة من أن تكون ناقدة. لكنها تدّعي ـ من دون تعاطف ـ أن افتقاري للاهتمام بالحاجات والمهام اليومية يعكس فعلًا متعمدًا أكثر من كونه اضطرابًا نفسيًا. حياتي كانت عبارة عن ورشة عمل مسقوفة. لطف أصدقائي والغرباء حماني من أي ضعف خطير.

هل أنا أستاذ شارد الذهن أم مريض نفسي؟ هل عليّ أن أتناول المنشطات، أو أتكدر وأعدو خلف موضة تشخيصية؟ في الأزمنة القديمة كنت طبيعيًا، إن لم أكن في بعض الأحيان شخص سخيف. لكن الأمور تبدلت الآن. انتشر اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه انتشار النار في الهشيم. كان مقتصرًا في العادة على نسب صغيرة من الأطفال ممن لديهم مشاكل قطعية ابتدأت في مرحلة مبكرة من طفولتهم، وتسببت لهم بصعوبات لا لبس فيها. بعد ذلك أصبحت كل أشكال خلل الفصول الدراسية مرضية، وطُبّق اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأسلوب متخبط للغاية، أي: أن نسبة عشرة بالمئة من الأطفال مؤهلين للاضطراب. وبالمثل، أصبح الاضطراب شرحًا لجميع مشاكل الأداء لدى البالغين بصورة متزايدة.

كيف من الممكن أن يحدث هذا؟ كان هناك ستة إسهامات: تغييرات في صياغة الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، تسويق شركات الأدوية للأطباء والإعلان للجمهور العام، التغطية الإعلامية المكثفة، وضغط الآباء والمعلمين للتحكم بالأطفال غير المنضبطين، زيادة الوقت المعطى للامتحانات، وزيادة الخدمات المدرسية لمن يعانون من تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وأخيرًا، إساءة استخدام المنشطات الموصوفة بشكل واسع لتعزيز الأداء العام والتسلية.

التفسير الأوضح هو أقلها رجحانًا- أي: أن انتشار مشاكل الانتباه وفرط النشاط قد تزايد بالفعل. ليس هناك سبب للاعتقاد بأن الأطفال قد تغيروا، بل تغيرت التسميات. نحن نشخص الآن مشاكل السلوك والانتباه كاضطرابات نفسية، بينما أُعتيد على رؤيتها كجزء من الحياة اليومية وجزء من تغير الفرد الطبيعي. أتت أكثر الأدلة إقناعًا من دراسة ضخمة بنتائج مثيرة للقلق. تقول بأن تاريخ ميلاد الطفل مؤشر قوي على أهليته لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. فالأولاد الذين يولدون في يناير معرضون للخطر بنسبة 70%، أعلى من أولئك المولدون في كانون الأول/ ديسمبر ببساطة لأن الأول من كانون الثاني/ يناير هو حد التسجيل في الصف. فالأطفال الأصغر سنًا والأقل نضجًا كانوا أكثر عرضة لهذا الاضطراب في الصف. كان تأثير تاريخ الميلاد له تأثير على البنات أيضًا. لقد حوّلنا الطفل غير الناضج إلى طفل مريض يجب أن يعالج بالحبوب[3] [4] [5].

كان إسهام الدليل غير مقصود وربما جزء من اللعبة في بيعه تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. قمنا بتغيير بضع كلمات ليصبح التعريف صديقًا للنساء، آخذًا في حسبانه أن البنات أكثر عرضة لأن يكن «شاردات الذهن»، ويحتمل أن يكن أقل نشاطًا من الأولاد. تنبأ الفحص الميداني المكثف بأن الزيادة في المعدلات كانت بنسبة 15 % فقط، لكننا غفلنا لاحقًا عن تسويق شركات الأدوية الذكي الذي أدى إلى مضاعفة التشخيص. حتى منتصف التسعينات، احتل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه جزءًا صغيرًا وغير مرئي في صناعات الصيدلة، وبالكاد يكون له ذكر. كانت الأدوية المنشطة التي استخدمت لعلاج الاضطراب، بلا امتياز لعقود من الزمان، ويمكن أن تسهم في القليل من المبيعات. فإذن، الإيرادات الإجمالية البالغة 50 مليار في السنة لعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ليست بأكثر من خطأ تقريبي في التقارير المالية لشركات الأدوية. فلم يكن هناك تسويق للأطباء ولا إعلانات للمرضى. بدا أن

الاضطراب تشخيص آمن، ولم يكن هناك انتفاع من التشخيص تحت رادار شركات الأدوية الكبرى.

تغيرت الأوضاع بشكل دراماتيكي بعد سنوات قليلة من صدور دسم4ـ DSM_IV. فقد ظهر في السوق العديد من الأدوية الجديدة وباهظة الثمن لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. من قبيل الصدفة، أُعطيت شركات الأدوية الحق في الإعلان للمستهلكين ـ وهل استغلوا قط هذه الفرصة وهذه الضجة الإعلانية في جميع وسائل الإعلام. كانت رسالة الدعاية مشوشة كالمعتاد، بأن اضطراب الحركة وتشتت الانتباه شائع جدًا، وغالبًا ما يُغيّب، لكنه يفسر لماذا يعاني جوني من مشكلة سلوكية لا مشكلة تعلم في المدرسة. «اسأل طبيبك». يحرص جيش من مندوبي المبيعات على ملء مكاتب أطباء الأطفال والأسرة والأطباء النفسيين بأدوية من شأنها أن تمنع بشكل سحري إزعاج الفصول الدراسية وتحلّ أمر الإنهيارات المنزلية. تجند الآباء، المعلمين، وكذلك الأطباء النفسيين لتحديد وعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بكل حزم[6] [7].

هناك خلاف دائم حول مدى إمكانية أن يكون انتشار ثلاثة أنواع من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه سببًا للبهجة أو التوجس الشديد أو ربما كلاهما معًا. البعض يؤمن أن المعدلات العالية تعكس في الغالب تحديدًا واقعيًا لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لمن غُيّب تشخيصهم في السابق. هذا صحيح بشكل جزئي. مما لا شك فيه أن تصاعد التشخيص كان مساعدًا للكثير من الأطفال الذين لم يحصلوا على العلاج المناسب والمطلوب. تُمكّن الأدوية الأطفال الذين شُخصوا بشكل سليم (على الأقل على المدى القصير) من تحسين تعلّمهم، التخلص من الأرق، التقليل من الهيجان الاندفاعي، جعلهم أكثر ارتياحًا مع الظروف المحيطة، تقلل من حدة اللوم ووصمة العار. أما للأطفال الذين يحتاجون الدواء بشكل بالغ، فالدواء المنشط آمن وفعال، هبة إلهية لهم، لآبائهم، ولمعليهم.

لكن هناك جانب آخر تعيس لهذه القصة، مكاسب البعض يجب أن تكون عادلة ضد الخسارات المهولة للآخرين. يعود جزء كبير من تنامي انتشار هذا الاضطراب إلى «الإيجابية الكاذبة» لتشخيص الأطفال الخطأ، ممن سيكونون بحال أفضل بعيدًا عن تشخيصهم. يقود ضغط شركات الأدوية في الغالب إلى علاجات لا ضرورة منها، عبر أدوية يمكن أن تكون لها أعراضًا جانبية ضارة، من ضمنها الأرق، فقدان الشهية، الهياج،

مشاكل في خفقان القلب، وعدة أعراض نفسية متنوعة، إضافة لغياب الوعي. هل نريد حقًا أن يسجل ما نسبته 30% من طلاب جامعاتنا و10% من طلاب المدارس الثانوية كمتعاطين لوصفات منشطة بشكل غير قانوني من أجل أن يبلوا جيدًا في امتحاناتهم، أو يتسلون أكثر في حفلاتهم؟ إن مراقبة السوق الثانوية للمخدرات غير المشروعة والسوق المدرسية للمنشطات قد جعلت من الصعب الحصول على مخزون كاف لأغراض مشروعة[8].

كيف يمكننا تقليص فرط التشخيص وفرط استعمال الأدوية؟ قلة من الأطباء في كل مجتمع، يكونون مسؤولين عن هذا الإفراط في وصف الأدوية. بإمكان ضوابط الجودة والتشهير أن توقف من ممارسة هذه العادات[9]. كما يحتاج الأطباء أيضًا إلى نشر عكس ما تعلموه من شركات الأدوية الكبرى، أي: أن أفضل نهج لعلاج فرط الحركة وتشتت الانتباه هو «التشخيص المتدرج» وليس «التشخيص أولًا والغاية لاحقًا». التشخيص المبكر والبداية في علاج سريع لا يكون إلا عندما تكون أعراض هذا الاضطراب شديدة للغاية، وملحّة، وكلاسيكية في مظهرها. لكن متى ما كانت الأعراض خفيفة ومبهمة (كما في كثير من الحالات) فمن الأفضل الانتظار، وصرف الوقت على الانتظار اليقظ. غالبًا ما تكون الأعراض ردة فعل عابرة، ردة فعل لأحد أفراد الأسرة، أو ضغط مدرسي. وأحيانًا يكون الطفل غير ناضج بكل بساطة. وفي بعض الأحيان يكون هناك تعاطٍ لمواد، أو وجود اضطراب نفسي آخر يجب أن يستبعد خلال فترة الملاحظة. إذا استمرت المشاكل من دون ضعف شديد، ستكون الخطوة التالية التعليم والعلاج النفسي التوجيهي. وسوف تكون الخطوة النهائية مكرسة للتشخيص والعلاج الدوائي فقط لأولئك الذين فشلوا في الاستجابة للخطوات السابقة. لسوء الحظ، لا توجد حملة تعليمية طبية ممولة بشكل جيد لتعزيز هذا النهج المعقول. لقد انطلقت شركة الأدوية باندفاع إلى التشخيص، وفي غفلة سيطرت رسالة وصف الأدوية على المشهد، لتحوّل العديد من الأطفال غير الناضجين إلى أطفال مرضى نفسيًا يعالجون بصورة سابقة لأوانها.

اضطراب ثنائي القطب في مرحلة الطفولة

عندما بدأت التدريب النفسي قبل خمسة وأربعين عامًا، لم ندرّس أي شيء عن اضطراب ثنائي القطب لمرحلة الطفولة. لم يكن هناك منطقية في الأمر، فقد كان نادرًا إلى حد عدم وجوده، ولم ير أحد أي حالة. قمت مرة بتقييم صبي في التاسعة من عمره،

أعراضه كانت أعراض اضطراب ثنائي القطب، لكن مشرفي أخبرني أن أتوقف عن السعي خلف الشذوذ. كانت نصيحته «عندما تسمع صوت حوافر حيوان على مسرح برودواي، افترض أن هناك حصان بالخارج، وليس حمارًا وحشيًا». في تلك الأيام القديمة، كنا بلا شك نغيّب بعض الحالات لاضطراب ثنائي القطب للأطفال، وأحيانًا نمنع ما قد يكون علاجًا مفيدًا لهم.

لكن رقاص الساعة يتأرجح الآن بشكل خطير نحو الاتجاه الآخر. أصبح الاضطراب أكثر الفقاعات تضخمًا في التشخيصات النفسية، بتضخم ملحوظ بأربعين ضعف في عقد واحد فقط. استوفى اضطراب ثنائي القطب للأطفال ثلاثة شروط مسبقة وأساسية لهذه الشعبية المفرطة، من حاجة ملحة، رُسل مؤثرين، وقصة جذابة. خُلقت الحاجة الملحة من قبل الأطفال المضطربين والمزعجين الذين لوحظوا سريريًا، وفي المدارس والإصلاحيات. فقد عانوا وسببوا المعاناة لمن حولهم- جعلوا من أنفسهم مرضى مرئيين للأسرة، للأطباء، وللمعلمين. كل واحد منهم يشعر بضغط هائل عندما يقوم بعمل أي شيء. قَدّم التشخيص السابق (اضطراب السلوك أو المعارضة) قليلًا من الأمل، لكنه لم يقدم نداءً للتدخل. على النقيض، تشخيص مثل اضطراب ثنائي القطب يُوهم (كذبًا) أنه يفسر سوء السلوك ويبرر بذلك التدخل الدوائي.

كان الرسل الكاذبون مؤثرون لهم كاريزما «قادة الفكر»، ومكانة إضافية لكونهم قد قدموا من هارفارد. قاموا بنشر إنجيل ملفق على نطاق واسع بين أطباء الأطفال النفسيين، أطباء الأطفال، أطباء العائلة، الوالدين، وكذلك المعلمين. مُوّلت حملتهم النشطة من قبل رعاة شركات الأدوية وهؤلاء أكبر المستفيدين. صعد الرسل إلى قمم الجبال ونزلوا بعقيدة جديدة، فمن الآن وصاعدًا، يجب ألا تطبق القواعد القديمة لتشخيص اضطراب ثنائي القطب في الدليل التشخيصي والإحصائي على الأطفال. لم يعد اضطراب ثنائي القطب للأطفال يتطلب وجود تقلبات المزاج الكلاسيكية ما بين الهوس والاكتئاب. بدلًا من ذلك، يمكن إجراء التشخيص بشكل حر، بحيث يكون طريقة شاملة تتضمن خليطًا متنوعًا من الأطفال المتهيجين، متقلبي المزاج، الغاضبين، العنيفين، و/ أو المندفعين. دُفع بحدود اضطراب ثنائي القطب للأطفال إلى مناطق غير مألوفة، ليُصنف أطفال صنفوا من قبل بتشخيصات (اضطراب تشتت الانتباه، السلوك والمعارضة، أو القلق) أو بدون تشخيص على الإطلاق (أطفال أسوياء لكنهم «مزاجيون»). فُتحت سوق كبيرة

ممتنة لشركات الأدوية الكبرى. كانت تقلبات المزاج نادرة عند الأطفال، فلم يكن هدف المبيعات جيدًا. لكن الهيجان كان شائعًا بشكل كاف ليجلب مبيعات رائجة. إضافة إلى أن اضطراب ثنائي القطب تشخيص على المدى الطويل. يحولون الطفل من سن العطاء إلى مستهلك يملكونه طوال حياته.

ليس من المستغرب على الإطلاق أن صنّاع الأدوية قد دفعوا بتعريف موسع لاضطراب ثنائي القطب للأطفال، ودفعوا الكثير على شعبيته الجديدة. لكن ما يثير الغرابة أكثر، هو موافقة وحماس الأطباء، المعالجين، الآباء، المعلمين، مجموعات الدفاع، الإعلام، والإنترنت.

بمجرد زوال التعريف من الدليل الرابع، صرفت أدوية استقرار المزاج، ومضادات الذهان بشكل واسع لمعالجة زيف اضطراب ثنائي القطب للأطفال. كانت النتائج مدمرة. يمكن أن تزيد أوزان الأطفال بشكل كبير وسريع بمعدل اثني عشر رطلًا في اثنى عشر أسبوعًا فقط، مما يؤدي لزيادة في نسبة السكري وتقليص معدل حياة الطفل[10]. كانت أكثر الممارسات فظاعة في صرف الأدوية لمن هم في الثانية والثالثة من العمر لعلاج اضطراب ثنائي القطب بشكل سابق لأوانه، في بعض الحالات توفي بعضهم من جرعات زائدة مميتة[11].

كما يحمل اضطراب ثنائي القطب للأطفال أيضًا وصمة عار، مما يعني أن الطفل سيواجه مرضًا مدى الحياة، ويتطلب علاجًا مدى الحياة أيضًا. يمكن أن يشوه التشخيص حياة شخص، يقطع آماله من طموحات يمكنه تحقيقها، ويقلل من شعور التحكم والمسؤولية تجاه سلوكياته غير المرغوبة. هناك عدة أسباب محددة لثورة المزاج لفترة قصيرة ويمكن استعمال علاج لها لفترة قصيرة. تعاطي المخدرات يجب أن يكون أول الاحتمالات مع المراهقين المهتاجين. كما يترافق اضطراب تشتت الانتباه غالبًا مع اهتياج يستجيب بشكل جيد للمنشطات، لكن تلك المعلومة قد تُحجب أمام مواجهة تشخيص غير صحيح كاضطراب ثنائي القطب للأطفال.

كانت بدعة اضطراب ثنائي القطب للأطفال أكثر البدع المخزية خلال السنوات الخمس والأربعين من ممارستي للطب النفسي. شكّل الاستعمال الواسع للأدوية الخطرة لعلاج اضطراب مزيف تجربة صحية عامة واسعة النطاق، لكنها من دون اتفاق جماعي واطّلاع حسن.

من المريح أن الاضطراب لم يخرج من شيء، كُتب في الدليل الرابع، فقد رفضنا مقترحًا لمعيار محدد لاضطراب ثنائي القطب للأطفال، وربما أسهم ذلك بإعطاء البدعة مزيدًا من القوة. لكنني تمنيت أننا وضعنا مربعًا أسودًا تحذيريًا في قسم اضطراب ثنائي القطب يحذر الأطباء ألا يكونوا فضفاضين ومتسرعين بتشخيص أطفال صغار تشخيصًا لا ينطبق عليهم في الغالب ويمكن أن يكون له عواقب وخيمة.

التوحد يصبح موضة

كان هناك انفجار في تشخيص التوحد في العشرين سنة الماضية. كان التوحد قبل صدور دسم4-DSM-IV نادرًا للغاية، بمعدل طفل واحد من بين ألفي طفل. قفز المعدل إلى طفل من بين كل ثمانين طفلًا في الولايات المتحدة، ومما يدهش أكثر أن هناك طفل واحد من بين ثمانية وثلاثين طفلًا في كوريا[12]. ردة الفعل الأولى كانت نوبة من الذعر- إذ يقلق الآباء من التوحد عند أخف علامة توحي بأن طفلهم ليس طبيعيًا بشكل كامل. زاد ذلك القلق بعد نشر ورقة من لانسيت-The Lancet التي أشارت إلى أن التوحد ربما يحدث بسبب التطعيم. لم تكن المصاحبة الزمنية أكثر من مجرد حظ مرتب بالصدفة، فقد صدف أن الوقت النموذجي للتوحد يحدث في نفس وقت جدولة التطعيمات. دحضت الدراسات النهائية وجود أي علاقة سببية، وسُحبت الورقة الأصلية لتُعرض لاحقًا على أنها احتيال علمي[13]. لكن بغض النظر عن كل تلك الأدلة المضادة، استمر خوف الوالدين في غير محله. تُرك التطعيم للوقاية من وباء كاذب للتوحد، مما وضع الأطفال أمام خطر أوبئة حقيقية مثل الحصبة وغيرها ممن غزت الطفولة يومًا، أو أمراض طفولة خطيرة في بعض الأحيان. عكس كل ذلك مدى سوء الفهم العام لكيفية عمل الطب النفسي، فمعدلات الانتشار دائمًا ما تكون حساسة جدًا لأي تغيير في التعريف. حدثت زيادة بقدر 20 ضعفًا في عشرين سنة، وذلك لأن عادات التشخيص قد تغيرت بشكل جذري، ليس لأن الأطفال أصبحوا فجأة أكثر توحدًا[14].

يعود مردّ «وباء» التوحد لثلاثة أسباب. بعضها من المؤكد أنه يأتي من تطور مراقبة وإدراك الأطباء، المعلمين، الأسرة، والمرضى أنفسهم. إلى جانب أن تسليط الضوء على أي مشكلة يقلل من وصمة العار التي تحملها، ويحسن من اكتشاف الحالة. كما نجم بعضها من مقدمة اضطراب آسبرجر في دسم4-DSM-IV، وهو تشخيص جديد

وسع مفهوم التوحد إلى حد كبير. لكن حوالي النصف من هذا «الوباء» يُرجح أنه خدمة مدفوعة- فالأطفال يحصلون على تشخيص خاطئ لأنه تذكرة للحصول على المزيد من الاهتمام في النظام المدرسي وعلاج مكثف للصحة النفسية.

هناك عدد قليل من الأشخاص لديهم أعراض عجز توحدي كلاسيكي، وهؤلاء يسهل تحديدهم. على النقيض، يصف آسبرجر الأشخاص الغرباء في بعض النواحي (باهتمامات نمطية، سلوكيات غير عادية، مشاكل شخصية داخلية) لكن لا يقارب ضعفهم نمط العجز في التوحد الكلاسيكي (الذي يتضمن عجزًا في التواصل وانخفاضًا في الذكاء) هذا لأن العديد من الأسوياء غريبي الأطوار وغرباء اجتماعيًا، فليس هناك خط واضح يفصلهم عمن يعانون من آسبرجر. أخذنا بالاعتبار أن آسبرجر يمكن أن يكون شائعًا بثلاثة أضعاف التوحد الكلاسيكي، الشكل العسير من التوحد. بيد أن المعدلات تضخمت بشكل مصطنع لأن العديد من الأشخاص ممن هم داخل نطاق الأسوياء (أو ممن لديهم اضطراب نفسيٍ آخر) شُخصوا بشكل خاطئ على أنهم توحديين، خاصة عندما يكون التشخيص قد أُجري من قبل الرعاية الأولية، أنظمة المدارس، ومن قبل الوالدين والمرضى.

ربما كان دسم4-DSM-IV سببًا لبداية تضخم التوحد، لكن هناك أسباب أخرى دفعت به فوق التوقعات. ربما كان أهمها حلقة التغذية الراجعة الإيجابية بين تأييد المريض المتحمس، وتوفير البرامج المدرسية والعلاجية التي تتطلب تشخيصًا للتوحد. بينما تنامى عدد السكان التوحديين وأسرهم، فقد اكتسبوا قوة للدفع بمزيد من الخدمات الإضافية، والمبادرة أحيانًا بدعاوى قضائية ناجحة. مع ازدياد عدد الأشخاص الحاملين للتشخيص، كان هناك دائرة دفع أكبر للحصول على مزيد من الخدمات[15].

تقلصت وصمة العار للتوحد أيضًا. فقد وفّر الإنترنت وسيلة مريحة للتواصل، الدعم الاجتماعي، والصداقة الحميمة. وتلقى التوحد تغطية تلفازية وصحفية مكثفة وإيجابية، وقُدّم بتعاطف في الأفلام، والأفلام الوثائقية. لاحظ العديد من الأشخاص أنفسهم داخل نطاق تعريف آسبرجر، وبعضهم اتخذه كعلامة فخر. اكتسب آسبرجر أيضًا بريقًا غير عادي، خاصة بين التكنولوجيين الرفيعين. كان لهذه الشعبية أثر إيجابي في تقليص وصمة التشخيص. لكن كان هناك تجاوزات معتادة، حيث قفز آسبرجر من تشخيص لا وجود له إلى موضة تشخيصية تشرح جميع الفروق الفردية. حوالي نصف الأطفال المُشخصين

الآن لن يستوفوا معايير الاضطراب لو طُبق عليهم بعناية، والنصف الآخر تعزز لديه التشخيص من تكرارا التقييمات له[16].

كان للوباء إيجابيات وسلبيات. استفاد المرضى الذين عُوينوا بشكل صحيح وحصلوا على تشخيص سليم من الخدمات المدرسية والعلاجية المقدمة لهم. تقلص حجم الوصم وازداد وعي الأسرة، انخفض الشعور بالعزلة بتواجد دعم الإنترنت. أما المرضى الذين شخصوا بشكل خاطئ فهناك تكاليف شخصية للوصم وتقليص للتوقعات الشخصية والأسرية. وهناك التكلفة المجتمعية لسوء توزيع الموارد النادرة والثمينة. سيكون من الأفضل لو لم تقترن قرارات المدرسة بتشخيص نفسي وتطور إكلينيكي، وليس لأغراض تعليمية. عديد من الأطفال الذين حصلوا على تشخيص خاطئ كان لهم مشاكل أخرى خطيرة تتطلب انتباهًا بشكل مستقل. فهم ليسوا بحاجة لوصمة عار إضافية تأتي من تشخيص خاطئ للتوحد. يجب أن تقتصر خدمات المدرسة على الحاجات المدرسية، وليس التشخيص النفسي.

بصفتي رئيس عمل الدليل التشخيصي والإحصائي بطبعته الرابعة، فإني مستحق للوم على عدم تكهني بتفاقم تشخيص آسبرجر. كان من المفيد لنا أن نتكهن بشكل مسبق بالتغييرات في معدلات التشخيص وشرح أسبابها. كان علينا اتخاذ خطوات استباقية لتثقيف العامة والإعلام حول ما تعنيه التسميات وما لا تعنيه، وأن الأطفال لم يتغيروا بل طريقة التشخيص التي نشخصهم بها. من السهل جدًا استهداف بدعة بدلًا من إنهائها.

اضطراب ثنائي القطب ب II

لعل أهم اختلاف في الطب النفسي هو ما يكون في الغالب أصعبها. هل لدى المريض تقلبات مزاجية ثنائية القطب (مع انخفاضات وارتفاعات دورية متناوبة) أم أن ذلك اكتئاب أحادي القطب (انخفاض متكرر دون ارتفاع)؟ كان لهذا الفرق التشخيصي أثر كبير على العلاج في المستقبل. إذ يمكن لمضادات الاكتئاب أن تكون جيدة للانخفاضات، لكن بإمكانها أن تزيد من سوء المسار العام لثنائي القطب كأن تكون سببًا في التهيج، تقلب المزاج، والتسارع الدوري. للحد من هذا الخطر، يُعطى مريض ثنائي القطب مثبطات المزاج أو مضادات الذهان (وفي غالب الأحيان كلاهما) إضافة لمضادات الاكتئاب. لكن الداعي للوقاية من ضرر مضادات الاكتئاب يكلف الكثير. هناك أعراض جانبية لمثبطات

المزاج مثل زيادة الوزن الخطيرة، السكري، وأمراض القلب. والمسألة الصعبة في كيفية رسم خط تشخيصي بين وجود ثنائي القطب وعدمه؟ وذلك من أجل موازنة المخاطر الناتجة عن تناول مثبطات المزاج أو عدم تناولها.

المسألة سهلة بالنسبة للمرضى الذين لديهم نوبات هوس كلاسيكية، ممن يعانون من ثنائي القطب بشكل واضح. فنوبات الهوس واضحة جلية لا يمكن نسيانها. يصبح الشخص مشحونًا فكريًا وفعليًا، يعدو بالجوار، يتحدث تحت الضغط، يهذي بأفكار متعددة، مثقل بالإبداع، تكون لديه سلسلة متوالية من مخططات مستحيلة، يمزح دون توقف، يطفو على مزاج رفيع، لكنه يهتاج إذا قوطع، ينفق المال مثل بحار سكران، يشعر بطاقة لا نهائية، يتصرف بشكل قهري على نحو لا يليق، يكون تعسفيًا عند الجنس، ويحتاج للقليل من النوم. العمة تيلي تستطيع تشخيص الهوس الكلاسيكي في دقيقة، وهو يستدعي نداءً صريحًا وعاجلًا للتحرك ـ لا لمضادات الاكتئاب من دون أمان تغطية مثبطات المزاج.

لكن ماذا نفعل لو لم يكن لدى الشخص نوبة هوس كامل، لكنه يعاني من ارتفاع دوري في المزاج مختلف عن حالته العادية؟ هذه النوبات التي تعتبر أقل من نوبة هوس كاملة تسمى «الهوس الخفيف» وهذه لبّ المعضلة. هؤلاء المرضى الذين لديهم فترات متناوبة من الاكتئاب والهوس الخفيف يقعون في الحد الفاصل الذي يفصل بين الاضطراب ثنائي القطب واضطراب أحادي القطب. من الممكن تصنيفهم في أي من الاتجاهين. إذا قمنا بتصنيفهم ثنائيي القطب، سيعطون أدوية مثبطة للمزاج تسهم بمنع التسارع الدوري، ويمكن أن يُعطوا مثبطات مزاج لا ضرورة منها وتكون ضارة لهم. أما إذا قمنا بتصنيفهم أحاديي القطب سيُعطون مضادات للاكتئاب، ويمكن أن يستهدف ذلك نوبات الهوس. في مواجهة هذه المعطيات الغامضة، اخترنا أن نضيف ثنائي القطب ب II، ليصف المرضى الذين يعانون من اكتئاب ونوبات هوس خفيفة. وزن الأدلة على مسارهم المرضي، التاريخ العائلي، والاستجابة للعلاج، كلها تشير إلى أن فرزهم مع ثنائي القطب أفضل لهم. وبالموازنة، رأينا أن من الممكن أن يتضرر المرضى من تناول مضادات الاكتئاب دون تغطية على العبء الإضافي بواسطة مثبطات المزاج. نجونا بأعجوبة، لكن على أي حال بدا أن من الآمن أن نضمّن ثنائي القطب ب II في الدليل.

لكن هناك ضعف في تعريف وتقييم ثنائي القطب ب II، مما أعطى شركات الأدوية

مساحة للتدخل. لا يوجد حد واضح بين الهوس الخفيف والشعور الجيد بكل بساطة لذلك بدأت الإعلانات بالإشارة إلى أن التحولات الخفيفة لارتفاع المزاج أو التهيج العابر ربما تكون علامة خفية على اضطراب ثنائي القطب. يمكن أن يكون هذا الجانب جيدًا خاصة مع مرضى الاكتئاب، ممن يواجهون صعوبة في التمييز بين «ارتفاع» المزاج والعودة للمزاج العادي. يمكن للمخدرات غير الشرعية ومضادات الاكتئاب أن تبعث على ارتفاع المزاج لفترات قصيرة، هل يمكن أن نعتبر هذا ثنائي القطب؟

علمنا أن ثنائي القطب ب II يمكن أن يوسع فئة ثنائي القطب، إلى حد ما في منطقة أحادي القطب، لكننا لم نتوقع أن يتضاعف بهذا الشكل. من دون شك أن قرارنا نتج عنه مزيد من التشخيص الدقيق وعلاج آمن للعديد من مرضى ثنائي القطب الذين شخصوا بشكل خاطئ في السابق. لكن مثل كل البدع، حدث تفاقم أدى إلى علاج غير ضروري للعديد من مرضى أحادي القطب الذين أخطئ في تشخيصهم على أنهم ثنائيي القطب، كان تشخيصًا على أسس واهية جدًا وهم الآن يتلقون مثبطات مزاج لا ضرورة منها[17].

لماذا هذه القفزة الكبيرة؟ إنها مثل القصة القديمة لتضليل شركات الأدوية. كان من المحتمل أن سوق ثنائي القطب أكبر بكثير من سوق الفصام، لذلك سارعت شركات الأدوية في الانقضاض على اضطراب ثنائي القطب ب II. كانت خطة بيع المرض أن أي علامة على التهيج، الغضب، المزاج، أو ارتفاع في المزاج، ربما تشير إلى احتمالية ثنائي القطب. هذا الاضطراب كان في كل مكان في المؤتمرات وفي المجلات، التلفاز، والأفلام. إضافة إلى قيام الأخصائيين النفسيين، أطباء الرعاية الأولية، والعاملين في الصحة النفسية، المرضى وعائلاتهم بالتحذير من مخاطر الإصابة باضطراب ثنائي القطب «المغيّب» سابقًا.

وإن مما يثير التساؤل في الوقت الآني، أننا بعدما أصبحنا على دراية بالبدع وما تتسبب به، هل كانت فكرة جيدة إضافة ثنائي القطب بـ دسم4-4-DSM؟ بكل بساطة لا أعلم. فالإيجابيات والسلبيات متقاربة جدًا. لكن هناك شيء واحد واضح- في الحالات الواقعة على الحد وعندما يكون التحرك عاجلًا، يجب ألا يقفز الناس إلى تشخيص ثنائي القطب الذي أُثير من ضجيج شركات الأدوية. فأدوية مضادات الذهان خطرة جدًا إلا إذا كان هناك سبب حقيقي.

تحوّل الخجل إلى رهاب اجتماعي مرضي

حوّل الرهاب الاجتماعي الخجل الاعتيادي إلى ثالث اضطراب نفسي شائع، بمعدلات تتراوح من 7 إلى 13%، وبالنظر لطريقة تشخيصه الفضفاضة، سيكون هناك خمسة عشر مليون مراهق على الأقل مصاب بالرهاب الاجتماعي في الولايات المتحدة لوحدها، الأمر الذي جعله هدفًا رئيسًا للحملات الإعلانية الدوائية. الخجل موجود وسمة طبيعية في الإنسان، وهو قيمة بقاء تبقي الفرد داخل دائرة أمان بدلًا من الأسف على ما آل إليه. فأنت تريد لقبيلتك أن يكون لديها بعض من المستكشفين لاستخراج الماء حينما تجف الحفرة القديمة. ومن الجميل أيضًا أن يكون فيهم النوع الهجومي عندما تكون القبائل المجاورة مشاكسة. لكن لأجل البقاء على قيد الحياة يومًا بعد يوم وتحت ظروف مستقرة، فإن تجنب كل جديد وغير مجرب هو الحل الأذكى بكل تأكيد. وإلا ما نجا الحمض النووي الذي يفضّل التجنب، ليصبح شائعًا عند بني البشر.

هناك بالطبع من يعانون من القلق الاجتماعي والعجز التام، بما يكفي لاستيفاء تعريف الاضطراب النفسي. لكن هؤلاء أشخاص نادرون، مجموعة صغيرة جدًا ليستثمر السوق فيها. كان ذكاء شركات الأدوية الكبرى في رؤيتهم لما وراء هذه القلة، حيث تصوروا عالمًا يمكن أن يُدرج فيه الخجل الخفيف إلى اضطراب نفسي يحتاج لإصلاح من شركات الأدوية.

كانت الحالة الإحصائية الطبيعية للخجل هي ما أعطى سوق الأدوية بالضبط هدفًا تسويقيًا كبيرًا. ليس هناك خط فاصل واضح يفصل ما بين الخجل الطبيعي والقلق الاجتماعي. لذلك بدأت شركات الأدوية بحملات إعلانية لإقناع الأشخاص الخجولين بأنهم مرضى وعليهم ألا يفوتوا فرصة معالجة هذا الخجل. تبين أن عددًا من الشخصيات المشهورة تعاني من الخجل بشكل مؤلم، ومستعدين ليشهدوا أمام العامة بشأن تحررهم المزيف من الخجل، بداية من حصولهم على التشخيص إلى مراحل التشخيص وتلقي العلاج المناسب. الأطباء أيضًا كانوا أكثر لينًا وأصبحوا مرهقين جدًا ومستعدين لوصف باكسيل-Paxil لمريض محتمل عبر إعلان «اسأل طبيبك»، قبل فترة طويلة، برز اضطراب القلق الاجتماعي من مرتبة منخفضة كاضطراب نفسي نادر وهامشي، ثم ازدهر كنجم ساطع، ليصبح أحد أكثر الاضطرابات شيوعًا ويعالج عادة كاضطراب نفسي[18].

كان القلق الاجتماعي هو الميزة الثانية التي جعلته حلمًا تسويقيًا. معظم الأشخاص الذين يتلقون التشخيص هم في الحقيقة ليسوا مرضى، ومن السهل أن يتحسنوا. لدينا عدد سكان بمعدلات استجابة مفزعة للبلاسيبو. حتى بالنسبة لشركات الأدوية كانت هذه النسب مرتفعة للغاية. عندما يتحسن شخص (لم يكن مريضًا) بفعل تأثير البلاسيبو (دواء لم يكن بحاجته في الأصل)، فإن من المرجح أن يستمر عليه مثل تميمة حظ حتى لا يخرج عن سيطرته. لقد أصبح مستهلكًا مخلصًا لمدة طويلة، واكتسب مضاعفات من أدوية لم يكن بحاجتها[19].

عند تحضيرنا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، لم نعطِ القلق الاجتماعي الكثير من الأهمية. لم يبدُ لنا كتشخيص ذو أهمية عظيمة للطب النفسي. حتى بعد سنوات لاحقة بعدما تضخم التشخيص وأسيء استخدامه عبر الإعلانات المضللة، لم يكن مهمًا حقًا. لكن الواضح أننا وضعنا رؤوسنا جميعًا في الرمال وأسأنا التقدير. كان من الواجب أن يتضمن تعريفنا للقلق الاجتماعي البدايات القوية التي تفرز المرضى العاجزين بالفعل عن أولئك الذين لا يشعرون بالراحة. من الممكن أن تكون الإعلانات الذكية قد تفوقت على أي مناهضة تعريفية من جانبنا، لكن بمزيد من التبصر كان بإمكاننا أن نتصدى للحرب بصورة أفضل[20].

الاكتئاب الكبير ليس كبيرًا دائمًا

يعيش اضطراب الاكتئاب الكبير تحت مسمى يبدو مشؤومًا أحيانًا، وأحيانًا ليس كذلك. يمكن أن يكون اضطراب الاكتئاب الكبير من أسوأ محن البشر، عندما يسوء الحال. إن الألم العاطفي أسوأ من أي شيء يمكن تخيله، أسوأ من خسارة حبيب قريب. لكن الكثير منه يأتي بصورة تشبه الاكتئاب الكبير بينما هو في الواقع ليس «كبيرًا» وليس «اكتئابًا» في حقيقته، ومن ثم لا يعد «اضطرابًا». خلق التشخيص الفضفاض وباء كاذبًا لاضطراب الاكتئاب الكبير، بمعدل خمسة عشر مليون أميركي مؤهل ليكون مضطربًا في أي وقت. إن تحوّل الحزن البديهي إلى اكتئاب سريري قد صيّرنا إلى مبتلعين للحبوب بشكل مفرط.

تعريف الاكتئاب الكبير هو من أكثر التعريفات ثباتًا في الدليل التشخيصي والإحصائي، وظل دون تغيير جوهري منذ تطوره في دسم3-DSM-III عام 1980، ثباتٌ يعكس جودته ونفعه. لكن هناك عيب مهلك. لأن مجموعة المعايير تحدد الاكتئاب الشديد وما هو أقل

منه، فقد كُتب ليستوفي معايير الاثنين. إن تعريف اضطراب الاكتئاب الكبير ينطبق بشكل جيد على الحالات الشديدة. لكن في الحالات الخفيفة يؤدي لتحويل التعاسة اليومية إلى اضطراب نفسي.

إن الاكتئاب الكبير المعتدل هو تناقض غريب من المفردات، فيمكن أن تكون صفات مثل «عام» و«معتدل» متقاربة بشكل غير ملائم وغير متناسقة. هذه الدلالة اللفظية المختلفة تعكس معضلة إكلينيكية. إذ ليس من طريقة لرسم حد واضح بين الأشكال المعتدلة من الاكتئاب السريري، وأشكال الحزن الشديد الطبيعي. إذا حاولنا تشخيص كل واحد لديه اضطراب اكتئاب كبير، سنخطئ حتمًا تشخيص العديد من الناس الذين يواجهون ببساطة وقتًا صعبًا في حياتهم، ولا يحتاجون تسمية طبية ولا يتطلب الأمر أن نعالجهم.

كان هناك الكثير من الجدل حول مضادات الاكتئاب وما إذا كانت تعمل بشكل جيد أفضل من البلاسيبو على وجه خاص، لأن المرضى الذين عولجوا في الدراسات لم يكونوا مكتئبين بشكل بالغ، أو لم يكونوا مكتئبين على الإطلاق، بالتالي لا يحتاجون إلى علاج عاجل.

لا ينبغي أن يكون الحزن مرادفًا للمرض. فليس هناك علاج لكل خيبة أمل، أو حبة لكل مشكلة. إن مصاعب الحياة- من طلاق، مرض، فقدان عمل، متاعب مالية، أو نزاعات شخصية، لا يمكن أن يقام لها تشريع خارجي. وردة فعلنا الطبيعية لهذه الأمور، هي الشعور بالحزن، عدم الرضا، الشعور بالإحباط، ولا يجب أن تشخص على أنها مرض واضطراب نفسي وتعالج بالأدوية. نحن عادة ما نكون مرنين، نلعق جروحنا، ونحشد قوانا وأصدقائنا لنمضي للأمام. فقدرتنا على الشعور بالألم العاطفي لها قيمة تكيّف تعادل في غايتها الألم الجسدي، وتلك إشارة نغفل عنها غالبًا. لا يمكن أن نحوّل جميع آلامنا العاطفية إلى اضطرابات نفسية دون أن نغيّر من هويتنا بشكل جذري، لنجعل من خبراتنا لوحات غبية وبليدة. إن كنا لا نستطيع تحمل الحزن، فإننا لا نستطيع تذوق الفرح. أظهر لنا ألدوس هكسلي العالم التعيس في رواية (عالم جديد شجاع) وكيف يمكن أن يُترجم الحزن الحر إلى موت دماغي.

لقد سهّل الدليل التشخيصي والإحصائي الحصول على تشخيص الاكتئاب الكبير. لكن أكبر ضعف هو عدم الاعتراف بالإجهاد الشديد الذي تسببه الحياة والذي يجعل

الحزن ردة الفعل المناسبة له. افترض أن هناك أمرًا مريعًا قد حصل وكانت ردة فعلك أسبوعين من الحزن، فقدان للاهتمامات والطاقة، ومتاعب في النوم والأكل. يبدو كل ذلك مفهومًا وطبيعيًا، لكن معايير الدليل التشخيصي والإحصائي تقول بأنه اضطراب اكتئاب كبير. ابتدأ وباء الاكتئاب الكبير مع التعريفات الفضفاضة للدليل التشخيصي والإحصائي، التي كان يقودها آنذاك خليط من الاختزال البيولوجي بين الأطباء وتسويق شركات الأدوية الموهوم. انطلت على الأطباء قصة أن كل اكتئاب ينتج عن اختلال كيميائي في الدماغ، وضرورة إصلاح هذا الخلل عبر وصف أدوية مضادة للاكتئاب. هذا صحيح تمامًا للاكتئاب الشديد، وخطأ كبير في حق من يعانون من اكتئاب خفيف. فقد برهنت التجارب على أن فعالية العلاج النفسي توازي فعالية أدوية الاكتئاب المعتدل، وليس لأي منهما أفضلية على البلاسيبو. ملايين من الناس يتناولون علاجًا لا ضرورة منه لتشخيص الاكتئاب الكبير الذي لا يعانون منه حقيقة، جريًا على الافتراض الكاذب بوجود خلل كيميائي[21].

لقد أبقيت السؤال الحكيم للنهاية. لنفترض أننا قمنا برفع بدايات الاكتئاب الكبير بشكل مناسب، ليصبح أعلى من مسماه ولا يعدّ مرتكزًا على الآلام ومعاناة الحياة اليومية. هل سيعود ذلك علينا بتشخيص أكثر منطقية ودقة لتشخيص اضطراب الاكتئاب الكبير، والذي سينتج عنه عادات وصف أدوية بشكل منطقي وإيقاف لمبيعات كبيرة للبروزاك، زولوفت، باكسيل، وسيليكسا، وغيرها؟ أم سيستمر ما نسبته 11% من السكان بتناول أدوية مضادات الاكتئاب سواء كان هناك مؤشر تشخيصي واضح أم لا؟ ما مدى صلة التشخيص المفرط للاكتئاب في دعم فرط العلاج الواسع بمضادات الاكتئاب؟

لا توجد وسيلة لنعرف ذلك بالتأكيد. لكن من المؤكد أن الدليل التشخيصي والإحصائي قد سهل من الحصول على مضادات الاكتئاب بسبب كيفية تنشئته لتشخيص الاكتئاب. لكن هناك سابقة تاريخية حديثة توضح أن الوصفات العلاجية المضللة يمكن أن توجد حتى لو لم يكن هناك تشخيص معين توصف لأجله. فقد هيمنت مضادات القلق (الفاليوم والليبريوم) في السبعينات والثمانينات بشكل مذهل ولا تزال حتى الآن كمضادات للاكتئاب، ومن دون أن تستهدف تشخيصًا واضحًا. ربما لأن الشعب الأميركي تحت رعاية شركات الأدوية والأطباء المهملين سيتناول حبة أو أكثر متى ما أمر الدليل التشخيصي والإحصائي بذلك أو لم يأمر.

هناك سابقة تاريخية أخرى- أقدم بكثير، تعود إلى زمن الشامان. كانت حكمة العصور على الدوام أنه متى ما شعرنا بالسوء، فعلينا تناول شيء يشعرنا بالتحسن. هناك الرجل المحنط (الشامان) البالغ من العمر خمسة آلاف سنة، محفوظ بروعة في جبال الألب، الذي يحمل حقيبة صغيرة في يده تحتوي على دواء نباتي «بروزاك آنذاك». مثلما نرى، هناك أدوية تؤخذ لمعظم الأمراض وأغلب الأوقات منذ بدء الخليقة، وقد كانت في أحسن أحوالها مساعدة بشكل محدد جدًا، وعادة ما تكون غير فعالة، وفي كثير من الأحيان ضارة بشكل مباشر، وسامة أيضًا. لكن الشامان، الكاهن، والطبيب قاموا بوصفها، ومن ثم تناولها المرضى بكل إخلاص، وبدا أنهم قد استفادوا منها. مكّن سحر الدواء المرضى من النجاة من عدم فعاليته وضرره المحتمل، ولذلك يبدو أن شعبية البلاسيبو تجري في حمضنا النووي.

يقاوم النقاء الطبي لديّ فكرة أن الملايين من الناس يتناولون أدوية باهظة الثمن، ويمكن أن تكون ضارة. غالبًا ما تكون أدوية بلاسيبو ويُصادق عليها من أطباء نفسيين، بتعزيز من شركات الأدوية لـ «مرض» لا يعدو كونه مجرد عدم ارتياح بديهي، أو مشكلة وجودية حتمية في الحياة. لنسبة كبيرة من الناس الذين يعانون من أعراض خفيفة أو عابرة، فإن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية ليست إلا بلاسيبو باهظ الثمن، ويحتمل أن يكون ضارًا لهم. هناك طرق أفضل للتعامل مع الحزن. يجب أن يكون لدى الناس إيمان أكبر بالقوى الهائلة للشفاء في هذا الزمان، المرونة الطبيعية، التمارين، الدعم العائلي والاجتماعي، والعلاج النفسي، وإيمان أقل بالخلل الكيميائي والحبوب. يحمل دسم5-DSM-5 أخبارًا سارّة في هذا الشأن. تحت ضغط خارجي شديد، مكّن دسم5-DSM-5 من سهولة حجب تشخيص اضطراب الاكتئاب الكبير عندما يكون حزن الشخص ردة فعل متوقعة لفقد أو ضغوط.

بطبيعة الحال، لا يطبّق أي من ذلك عندما يكون الاكتئاب مستمرًا أو حادًّا. من العار والمؤلم أن ثلث من يعانون من اضطراب الاكتئاب الكبير الذي يتسبب بعجز شديد لهم، لا يتلقون لأجله أي علاج. سيكون للأدوية قيمة أكبر لتلك الحالات التي تتطلب بمرارة العلاج الدوائي، لكنها عوضًا عن ذلك تباع بشكل مفرط لمن لا حاجة لهم بها. أفضل ما يمكن للطب النفسي القيام به وبشكل جيد، هو رعاية المرضى الحقيقين ممن يحتاجون لمساعدتنا، وينتفعون منها، لا على أولئك الذين يضيعون وقتنا، أموالنا، وجهدنا بتحويل الأسوياء إلى مضطربين نفسيًا.

اضطراب ما بعد الصدمة: صعوبة تشخيصه بشكل سليم

من بين جميع حالات دسم4DSM-IV-4 وبشكل متناقض، يعدّ اضطراب ما بعد الصدمة أكثر الاضطرابات التي عانت من فرط وتحجيم في تشخيصه. فالأخطاء في كلا الاتجاهين شائعة وسهلة الحدوث؛ أعرف ذلك جيدًا لأنني شخصت بكلا الطريقتين. يغيّب اضطراب ما بعد الصدمة عندما يعاني الأشخاص برزانة وصمت. ويكثر تشخيص هذا الاضطراب عندما يستهدف مكسبًا ماليًا.

ربما كان اضطراب ما بعد الصدمة معنا منذ بدء الخليقة. كان أسلافنا مخلوقات بطيئة، ضعيفة، ومعرضة جدًا للكساد. كانت الحياة دائمًا على المحك، لذا، كان من الراجح أن تكون «عنيفًا، ومتوحشًا». يستتر الموت في كل مكان، وليس بوسع امرئ أن يتنبأ به لأنه مباغت وعنيف. تتساوى ردة فعل البشر على هذه الصدمة بشكل كبير بغض النظر عن الاختلاف في شخصياتنا وفي تجاربنا الحياتية السابقة، إلا أننا نملك جميعًا المجموعة نفسها من الأعراض النمطية الموحدة والملحوظة في استجابتنا للضغوط التي تهدد حياتنا. نسترجع اللحظة مرة تلو الأخرى بأسلوب عاطفي عميق. ثم تنبعث الحياة في الصور والذكريات، لتتطفل علينا خلال اليوم وتأتينا في الليل كأحلام مفزعة. نتجنب كل شيء يشابه هذا الحدث خوفًا من استعادة التجربة. فكل وجوه الرجال تذكر بالمغتصب. وتراجع السيارة للخلف يستدعي ذكريات الطلقات النارية. تبدو القيادة مستحيلة بشكل صعب بعد حادث سيارة سيىء، لأن السائق يستمر بتصوير الحادث وكأنه سيحدث مرة أخرى. هذه المجموعة من ردود الفعل لا بد وأن لديها قيمة نجاة عظيمة، إذ توفر درسًا بأهمية تجنب مثل هذه المخاطر مستقبلًا. هي في النهاية تجربة تعليمية قوية. لقد كان أسلافنا يتعلمون بسرعة، لأن الحيوانات المفترسة لا تعطي في الغالب فرصة ثانية.

على الأغلب جرب كل واحد منّا ذكرى تطفلية وردة فعل عاطفية حدثت بعد صدمة عاطفية، وما ذلك إلا جزء من الوضع البشري، وإلى الآن لم تصنف كمرض نفسي. عند معظم الأشخاص تصبح الصور التطفلية أقل تطفلًا بشكل تدريجي، ويصبح تهديدها أقل رعبًا. يجب أن يشخص اضطراب ما بعد الصدمة فقط عندما تقاوم الأعراض لتتسبب بعجز واضح. في الحالات الشديدة، يمكن أن يصبح اضطراب ما بعد الصدمة مزمنًا ومسببًا للعجز. إن الحياة مليئة بذكريات تطاردنا ومثيرات ترعبنا. حيث يتملكنا شعور بالفراغ، شعور قديم، تافه ومن دون معنى. ولذلك يرتفع معدل الانتحار.

ما الذي يحدد ما إذا كانت ردة الفعل عابرة بما يكفي لتعتبر طبيعية، أم مدمرة بما يكفي لتكون اضطرابًا نفسيًا؟ يعتمد ذلك على طبيعة ومدة الصدمة. عادة ما يبقى اضطراب ما بعد الصدمة لمدة أطول كلما كان الضغط أكثر فظاعة، وكلما كان التعرض شديدًا وحميميًا، أي: كلما شعر الشخص بعجز أكبر. على سبيل المثال، الشخص الذي تعرض لطلق ناري أشد تعرضًا ممن شاهد إطلاق النار، والمشاهدة أشد خطرًا من سماع إطلاق النار من على بعد. يميل الرعب الذي يتسبب به البشر عن عمد، مثل التعذيب، الاغتصاب، الاعتداء، لأن يسبب أعراضًا أسوأ من الحوادث أو الكوارث الطبيعية. يعتمد المسار أيضًا على الشخص وحالته. إن الأشخاص الذين يعانون من مشاكل عاطفية قبل الحادثة، من المحتمل أن يكون لهم ردود فعل أطول وأسوأ من غيرهم. تتراكم الصدمات كلما تعرض الفرد لأكثر من صدمة، ليزداد خطر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة. تلعب العائلة، العمل، أنظمة الدعم دورًا في الشفاء، بينما يزيد شرب الكحول وتعاطي المواد المخدرة من سوء الأمر.

رغم أن سمات اضطراب ما بعد الصدمة واضحة وصريحة على الورق، إلا أن التقييم الدقيق له في الحياة الحقيقية غالبًا ما يكون صعبًا ومستحيلًا. يعدّ الجزء الأول من التعريف سهلًا- وهو ما يوضح طبيعة ضغوط الصدمة. من المؤكد أنها مرعبة، أبعد بكثير من تصور المشاكل المتوقعة التي تطرأ على حياتنا اليومية. الاغتصاب، الاعتداء، الكوارث الطبيعية، التعذيب، الحرب، الموت العنيف أو إصابة أحد أفراد العائلة، أو إصابة الحبيب، كل هذه تؤهل للإصابة بالاضطراب. بينما لا تعد الكوارث غير العنيفة مثل الطلاق، فقدان الوظيفة، المشاكل المالية، الخيبات العاطفية من مسببات اضطراب ما بعد الصدمة.

لكن الأمور تصبح أصعب. إن اضطراب ما بعد الصدمة تشخيص غير دقيق لأنه مبني على تقرير شخصي من الشخص المريض فقط، فهو ليس بفحص مخبري أو مقياس موضوعي. حيث يصعب على الناس تقديم تقرير دقيق عن ردود أفعالهم تجاه حادث رهيب للغاية. لربما تقود العديد من العوامل القياسية والنفسية، بوعي أو بدون، للتقليل أو المبالغة بالأعراض. إذ ليس من قبيل المفاجأة أن تتباين معدلات اضطراب ما بعد الصدمة عند الجنود العائدين بشكل واضح- في حين تبلغ نسبتهم 20% فقط- يعتمد هذا على كيفية إجراء التشخيص وفي أي بلد أجري المسح، حتى لو كانت القوات تملك التجارب نفسها خلال الحرب[22].

يساهم عدم الإبلاغ في تقليص الخوف لمدة قصيرة، لكنه سيكلفهم الكثير على المدى

الطويل. يكمن في طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة ميلٌ إلى تجنب التنبيهات. فمن منّا يرغب باستمرار أن يصف ويحيا من جديد أسوأ لحظات حياته؟ البعض يخاف أن يجعله الحديث بحال أسوأ أو أن يتسبب له بانهيار عصبي. والبعض الآخر مكتئب جدًا للحديث عن ألمه. عدم الإبلاغ سمة ذكورية، خاصة في أوساط الجنود الذين يفضلون التسلح بالأعراض المنهكة بدلًا من الاعتراف بما هو ضعف في نظرهم.

فرط التشخيص سهل أيضًا. فكل واحد سيجد في نفسه بعض من أعراض ما بعد الصدمة بعدما يمر بأمر فظيع، لكن المعتاد أن تتلاشى تلك الأعراض بعد فترة من الزمن دون أن تسبب صعوبات إكلينيكية واضحة. من المرجح أن تستمر الأعراض وتكون مفهومة في الحالات السيئة، خاصة إذا ارتبط وجودها مع مكسب مالي. كل المشاكل العاطفية الأخرى، سواء الموجودة لاحقًا أو اللاحقة ربما تتحد في تجربة اضطراب ما بعد الصدمة. وقد تصبح الفترة المرضية نمطًا حياتيًا ومنطقيًا للأشخاص الذين يعانون لأسباب أخرى. ففي الجانب العسكري، يكون اضطراب ما بعد الصدمة محفزًا، ذلك لأن التشخيص يؤهل المريض لعجز غير موجود، ويمدّه بمزايا صحية. أما في الحياة المدنية، فالسياق الأكثر شيوعًا لفرط تشخيص هذا الاضطراب هو تعيين التعويضات المالية أو الأضرار التي لحقت بالعاملين على الدعاوى القانونية. فرط التشخيص ليست مسألة تلاعب بالضمير (على الرغم من حدوث التزوير بكل تأكيد)؛ لكن الأعراض تميل للتضخم عندما تكون الأموال على المحك[23].

لم تحرّض شركات الأدوية على بدعة هذا الاضطراب. بل تواروا بعيدًا عن الإعلان عنه بخجل لأن الأدوية ليست فعالة في علاج هذا الاضطراب، فهم يخشون من الدعاية السيئة عندما تسير أمور المرضى على نحو سيىء، لأن المرضى هنا هم من يملكون الرؤية الأوضح.

الثورة الجنسية

لطالما كان الجنس مثيرًا للعالم بأسره، لكنه كان مصدر إزعاج للطب النفسي. فقد جذب المجال عددًا قليلًا من الخبراء، ولم يجتذب تقريبًا أي تمويل بحثي، وهناك مؤلفات متخصصة لكنها قليلة. كما أنه يشغل جزءًا صغيرًا من الممارسة الإكلينيكية. كان تعرضي له أكثر من المعتاد بصفتي رئيس العيادات الخارجية في جامعة كورنيل، مستشفى

نيويورك، خلال الثمانينات والتسعينات. وقد كان أحد نجوم أعضاء هيئة التدريس هيلين سينغر كابلان، التي كانت من ألمع الرواد في هذا المجال. لماذا كانت رائدة؟ لأنها هي من أشاع المفهوم القائل بأن الاضطرابات الجنسية يجب أن تعكس مشكلات تحدث في كل مرحلة من الفعل الجنسي، الرغبة، الإثارة، النشوة. كانت هيلين هي المسؤولة عن تشكيل الاضطرابات في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، وبقي تأثيرها مستمرًا لأن هذا القسم بقي ثابتًا في الأدلة التشخيصية اللاحقة[24].

لماذا تمتعت بهذا السحر؟ كان لدى هيلين أسلوب شخصي، وأكثر من ذلك كان لديها سلوك عملي للعلاج الجنسي الذي بدا مباشرًا بشكل صادم لكنه كان فعالًا بشكل جيد. في ممارساتها الخاصة، انتفعت هيلين من وجود «البديل الجنسي» المستقر والجميل بشكل مذهل، كان المعالجون الجنسيون المساعدون لها غاية في الحكمة، قاموا بالتوجيهات العملية لمرضى هيلين من الذكور، واستطاعوا إحياء الرغبة عند أي شخص من جديد. زعمت هيلين أن بدائلها الجنسية قد قدموا نتائج مذهلة، ومن جهتي أنا أعتقد أنهم قادرين على فعل العجائب. مساعدة أخرى من مساعدي هيلين، الطبيبة روث ويستهايمر، التي كان لها زعم مختلف تمامًا ساهم بشهرتها ونجوميتها في الإذاعة والتلفاز. حصلت الطبيبة روث على معدلات عالية بكونها الجدة الصغيرة التي تستطيع بحشرجة صوتها ذكر التفاصيل البيانية لأكثر الأفعال الجنسية حميمية باللهجة المذهلة للعالم القديم.

أما بالنسبة للدليل التشخيصي والإحصائي فقد مثلت الاضطرابات الجنسية حالة ركود هادئة في الطب النفسي، حيث كان من أقل المهام أهمية بالنسبة لنا. كان لدينا فريق عمل للاضطرابات الجنسية، نَقّب في المؤلفات المحدودة، عرض القليل من المقترحات، ولم يجرِ أي تجارب ميدانية. كان من المريح أن يوجد على الأقل قسم في الدليل لا يتطلب إلا القليل من العمل.

كان هذا الهدوء قبل العاصفة غير المتوقعة. بعد عدة سنوات من نشر دسم 4-DSM-IV، فجرت الاضطرابات الجنسية صفحات الدليل المملة، ليصبح ضربة تسويقية مدى الحياة. حيث غيرت الفياغرا العالم لتصبح أحد أفضل الأدوية مبيعًا في التاريخ، وتحوّل اضطرابًا جنسيًا غامضًا إلى مشكلة وجودية في الحياة. لم تكن الفياغرا لترتفع هذا الارتفاع لو أنها لم تقنع العالم بأن «ضعف الانتصاب» (اكان يطلق عليه باختصار ض أ في التلفاز والإعلانات) ليس إلا مشكلة وجودية يمكن أن تحدث حتى لمن يبدو عليه الجرأة.

الطريقة الأولى كانت إقناع الكبار في السن للإفصاح عن تحكمهم بضعف انتصابهم. تدبرت حملة إعلانية مصممة بذكاء، من شراء خدمات أكبر المخادعين في العالم. بوب دول، نهض من خسارته ليكون أكثر شبابًا (وأكثر رجولة بالتأكيد). بيل كليتنون، في حملته الانتخابية عام 1996، بدأ مهنة ثانية بربح أكبر كرجل الغلاف للفياغرا وإعادة إحياء الجنس لمرحلة الشيخوخة. كان التلميح بأن الفياغرا تمد بنافورة من الشباب، وتزيد من الفحولة والحيوية حتى للأشخاص الكبار بما يكفي ليصبحوا رؤساء. وإذا كان هناك مشهور مثل العجوز بوب لا يتورع أن «يسترجل» على التلفاز ويعترف بتناوله للفياغرا، فلم لا تفصح أنت عن مشكلتك بخصوصية عند طبيبك في غرفة الاستشارة؟ كانت الرسالة القصيرة التي تدين بها لنفسك أن تكون على طبيعتك لأقصى حد. بوجود الفياغرا في المشهد، أصبحت السبعينات هي الأربعينات الجديدة.

لكن لماذا تتوقف عند مجموعة المسنين وهي سوق محدودة؟ ولديك الكثير لتبيعه، والقليل من الوقت. سرعان ما أصبح الجميع بالكاد يختبئون من ضعف الانتصاب. إذ لم يكن هناك غرفة آمنة من قبضة باردة. ضعف الانتصاب كان في كل مكان، وظهر في جميع وسائل الإعلام، وفي كل الأوقات.

تطلب تسويق ضعف الانتصاب أن يُدفع بعتباته بمستوى أقل. فقد بدأ ضعف الانتصاب كوضع طبي ينطبق على قلة من السكان ممن يعانون من ارتخاء متواصل. سرعان ما أصبح الفياغرا منشطًا قويًا للعامة. إذا كان بإمكانه أن يحيي الميت، تخيل أي جائزة جراند سلام سيحصل عليها ليكسب قوت يومه. تحولت حبوب الجنس من علاج طبي إلى معززة للأداء، وسياسة تأمين تحميك من أيام تكون فيها بوضع متعطل. في النهاية، الرجل الحكيم هو من يتسلح ويحمل عكازه بشكل دائم. تجاوز ضعف الانتصاب حدوده الضيقة في الطب النفسي والطب. كان أكثر من مجرد «وباء» آخر، كان نمطًا حياتيًا آخر يستحق النظر من كلا الزوجين. تنقذ الفياغرا الرجل في المنزل ليصبح رجلًا بالكامل. كان بيع ضعف الانتصاب نجاحًا باهرًا.

بصورة إجمالية، أهملت قصة العجز الجنسي النصف البشري الآخر، الأمر الذي لا يتلاءم مع عبقرية تسويق شركات الأدوية. بالتأكيد كان للنساء ظهور لطيف على إعلانات الفياغرا، إعلانات تنضح بارتياح لا يصدق آتٍ من تحالفها مع تناول الرجل للفياغرا. لكنها كانت صاحب الكأس والجائزة، وليس الهدف الأولي للحملة. كان ذلك غير مقبول

للكرامة (والجشع) الذي تتحلى به آلة شركات الأدوية الكبرى. لدى النساء بالتأكيد ضعف جنسي أيضًا. وُصفت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع بالأبيض والأسود. فإذا كان لديهن علة، دعونا نعمل على بيع الحبوب لهن.

كان هناك مشكلة صغيرة، لا توجد أدلة حقيقية على أن الفياغرا نجحت مع النساء أيضًا. كما أن المنتجات الأخرى (مثل لصقات التستوستيرون) لم تكن ذات فعالية وكان لها أعراض جانبية إشكالية. لكن مهما يكن، دعونا نخلق الاضطراب والمستهلك سيأتي لنا. كانت هذه الحكاية التسويقية محبوكة جيدًا من قبل راي مونيهان في كتابه البحثي الجيد، بعنوانه الرائع: (الجنس، الأكاذيب، والمستحضرات الدوائية ـ Sex، Lies، Phar-maceuticals). كانت الحيلة أن يعاد تعريف مواطن الخلل في الحياة الجنسية لدى الأنثى إلى «ضعف جنسي للإناث» بشكل وجودي[25].

كانت أفضل حيلة لتسويق ضعف الأنثى الجنسي باستخدام (إساءتهن استعمال) الاستبيانات التي تستفسر عن تجاربهن الجنسية. أُعلن عن هذا الضعف على نطاق واسع، وقُبل به كحقيقة ثابتة، بأن 43% من النساء لديهن ضعف جنسي. كانت تلك النتائج مذهلة، هبة إلهية للشركات التسويقية. بعد ذلك، تضخمت الاضطرابات الجنسية الغامضة في الدليل التشخيصي والإحصائي لتصبح شيئًا تجاوز مجرد كونه وباء. أُعيد بذلك تصنيف التجربة الجنسية المتوقعة للنساء على أنها ضعف جنسي.

إن عرَضًا واحدًا لا يجعل منه تشخيصًا. سؤال المرأة سبعة أسئلة عن حياتها الجنسية، ومن ثم الاستنتاج بأن لديها علة إن أجابت بإيجاب على أي سؤال من الأسئلة، لا يعدو كونه إما سذاجة أو عدم مصداقية فكرية. ولا يبقى لنا إلا أن نبحث فيما إذا كان هناك مجموعة أعراض ضرورية، وما إذا كانت تلك الأعراض تسبب إلحاحًا كافيًا لحصد اهتمام إكلينيكي. غالبًا ما تكون الحياة الجنسية للنساء اللاتي أصبن بالحصبة أقل من الكمال، ومع هذا لا يرين أنفسهن على أنهن يعانين من مشكلة طبية، فليس كل امرأة تريد أو تتوقع أن تعيش نمطًا حياتيًا يشبه أفلام الجنس والمدينة ـ Sex and the City.

إن تسويق الأدوية للثورة الجنسية هي أوضح تلميح لتمدد الطب وتعزيزه للأداء التجميلي كنمط حياتي «علاجي». كما أنه الإعلان الأوضح للقوة الصريحة، وربحية الإعلانات في بيع المواقف، وبيع المرض والمنتج. لم يستطع الدليل التشخيصي

والإحصائي الرابع، مجاراة هذه اللعبة، فأُسيء استخدامه بسهولة. ضاع أيضًا في لعبة بيع الحبوب والعلاج الجنسي النفسي المطلوب الذي ربما يأتي بفائدة أبدية، لا مجرد تحسن حقيقي أو مُتخيل للأعراض.

الاغتصاب جريمة وليس اضطرابًا نفسيًا

اجتمعت الأسطوانة التحذيرية للمخارج القانونية التي ترددها المحكمة العليا، إلى جانب إخفاقات دسم4-DSM_IV، لتشكلا انتهاكات دستورية وإساءة استخدام فظيعة للطب النفسي.

تبدأ القصة بإصلاح قانوني جديد جدير بالثناء، كان له عواقب وخيمة لم تكن متوقعة. قبل 30 عامًا، كانت حركة الحقوق المدنية قلقة لأن السود يحصلون على عقوبات بالسجن أطول من البيض رغم ارتكابهم جرائم مماثلة. كان الحل بأن يُستبدل الحكم الثابت لكل نوع من أنواع الجرائم بدلًا من السماح بحرية التصرف للسلطة القضائية غير المحددة سلفًا (والتي ربما تكون متحيزة). عنى ذلك ضمان الوحدة، قابلية التكهن، والعدل. لإبقاء العدد الإجمالي لأسرّة السجون ثابتًا (بالتالي عدم رفع التكاليف)، تحددت العقوبة لكل جريمة بمتوسط ما حُدد سابقًا. سجن 7 سنوات لجريمة الاغتصاب. مغتصب وحشي متسلسل (ربما في السابق كان سيقضي مدة 25 سنة من قاض مُستهجن لفعلته) اقتصرت الآن على سبع سنوات فقط. كانت النتائج متوقعة، لكننا لم نستطع التكهن بها. استخدم المتحرشون الوحشيون حريتهم المبكرة للاغتصاب مرة أخرى، غالبًا بعد خروجهم من السجن بفترة قصيرة، سالكين أحقر الأساليب الممكنة لفعل ذلك.

وقد تلا تلك الثغرة القانونية غضب شعبي عارم لإبقاء المغتصبين حبيسي السجون. قامت عشرون ولاية إلى جانب الحكومة الفيدرالية بتمرير قانون «مرتكبي الجرائم الجنسية» الذي سمح بالحجز النفسي إذا تبين أن المجرم يعاني من اضطرابات نفسية. في نهاية فترة حكم السجن، يكون السجين مريضًا نفسيًا، ينقل إلزامًا إلى مستشفى نفسي يشبه السجن إلى حد كبير. وافق عدد من مقرّي قانون «مرتكبي الجرائم الجنسية» على قبول شكل «العلاج» الذي يسمح بأخذ أي قول من أقوال المجرمين لتستخدم ضدهم في جلسات الاستماع القادمة. حتى من بين أولئك الذين أكملوا «العلاج»، قلة منهم حصلوا على الإفراج.

من وجهة نظر السلامة العامة، كان نهج الحبس مدى الحياة حل رائع، وسيلة مريحة لإبقاء المغتصبين الخطرين بعيدًا عن الشارع. لكن هناك جانبًا سلبيًا يعرض لنا جانبًا مختلفًا من المخاطر- تندرج القوانين مباشرة في صميم الحماية الدستورية، بالتالي هي ضد الحبس الوقائي والخطر المزدوج. القول القانوني الحكيم هنا، هو أن «القضايا السيئة خُلقت للقوانين السيئة» آلاف من المغتصبين حبسوا لأفضل الدوافع، لكن باستخدام أسوأ الوسائل وخلق منحدرات زلقة من الحماية الدستورية القانونية.

هذا يقودنا إلى تردد المحكمة العليا. ففي ثلاثة أحكام وثيقة الصلة وغامضة بشكل ملحوظ، دعمت المحكمة هذا الموقف الدستوري المريح لقانون مرتكبي الجرائم الجنسية، لكنها شددت على وجوب وجود اضطراب نفسي جعله يقوم بذلك الفعل. لا يسمح دستور الولايات المتحدة بالاحتجاز الوقائي مهما كان الخوف من خطورتهم، لكنه يسمح بعلاج إلزامي لمدة طويلة للمريض النفسي. تعتمد موافقة المحكمة العليا لقانون مرتكبي الجرائم الجنسية على قدرة مفترضة لتمييز الأفراد الذين تنبع خطورتهم الجنسية من مرض بدلًا من إجرام عام. عدم وجود الاضطراب النفسي للسجين القابع في سجن المستشفى النفسي ساهم بحرمانه من الإجراءات القانونية وانتهاك حقوقه المدنية. لا يسمح دستورنا بتحويل كافة السجناء إلى مُفرج عنهم كمرضى بلا إرادة، فقط لأننا نخشى أنهم ربما لازالوا خطرين على المجتمع.

يرتكز دستور قانون مرتكبي الجرائم الجنسية على وجود طريقة مجدية للتمييز بين مرتكبي الجرائم الجنسية الذين يعانون من اضطراب نفسي وبين المجرمين العاديين. رفضت المحكمة العليا تقديم مبادئ توجيهية بشأن المسألة الحرجة المتعلقة بأيّ من التشخيصات النفسية يعتبر مؤهلًا للحكم. للأسف، كان وضع الدولة مبهمًا أيضًا ولم تقدم أي مساعدة. كان لدى الاتحاد الأميركي للطب النفسي موقف لا لبس فيه. عُرض عليه الاغتصاب كاضطراب نفسي في الطبعات اللاحقة من الدليل التشخيصي والإحصائي (الطبعة الثالثة، الثالثة المنقحة، الرابعة، والخامسة) وبالتأكيد رُفض بشكل جماعي، وأيضًا من خلال تقرير خاص من فريق العمل. الاغتصاب جريمة، وليس اضطرابًا نفسيًا[26].

لكن ما شأن النظام القانوني بترقب تاريخ الإفراج عن مرتكبي جرائم الاغتصاب؟ هنا لعب الدليل التشخيصي دور التعطيل. أسوأ ما دُوّن في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ذلك الجانب الذي ركز على قسم الاضطرابات الجنسية. لم نتكهن بسوء استخدام

الدليل الرابع في جلسات استماع مرتكبي الجرائم الجنسية، وكانت صياغتنا غير دقيقة، ولم توفر حماية من التوسع في تعريف الاضطراب ليشمل الاغتصاب. قام المتعصبون، الجهلة، والمقيّمون الموظفون من قبل الحكومة بإساءة تفسير نية الدليل، وبدأوا بممارسة غريبة بتشخيص فعل الاغتصاب بذاته كمؤشر على أهلية وجود اضطراب نفسي، وبالتالي مبرر للاحتجاز النفسي. تجاهل المقيّمون العديد من أشكال النوايا الإجرامية التي تدفع للاغتصاب، اقتناص الفرص بقسوة، تهديد المخدرات، ضعف التحكم بالدوافع، ممارسة السلطة، الانتقام، الانتفاع من تجارة الجنس، ضغط الأقران، وتبعات الحرب وما إلى ذلك. بدلًا من ذلك، صُيّر الاغتصاب مرضًا في خدمة نفعية السلامة القانونية والعامة، ليسمح بالاحتجاز الوقائي ويحرم المغتصبين من حقوقهم المدنية.

اعتبار الاغتصاب اضطرابًا نفسيًا يناقض المنطق السليم، وربما مع الوقت تحترم هذه السابقة القانونية. لطالما اعتبر الاغتصاب جريمة، ولم يعامل على أنه مرض. حتى الكتاب المقدس يقول لنا ذلك، وأقدم من ذلك قانون حمورابي، بل في الحقيقة كل قانون قانوني قد كُتب على الإطلاق. إنما تفاوتت العقوبات. في قانون القبيلة، تُعامل المرأة الضحية كملكية خاصة خسرت بعضًا من قيمتها بعد الاغتصاب، وعلى المغتصب أن يدفع لوالدها، زوجها، أو مالكها. جاءت الأنظمة اللاحقة، بمزيد من الاحترام للمرأة، حيث لم تعتبره خسارة قيمة مالية، بل جريمة ضد المرأة والدولة. لم يسبق أن تلقى الاغتصاب اعترافًا قانونيًا على أنه مرض، ولم يسبق أن كانت العقوبة ضد المغتصبين نفسية بل جزائية.

المغتصبون أشخاص سيئون دائمًا، ومن النادر جدًا أن يكونوا مجانين. لا ينبغي أن يستخدم الاضطراب النفسي على أنه عذر قانوني، ولا يجب كذلك أن يكون الاغتصاب عذرًا قانونيًا للاحتجاز في المستشفيات النفسية. يجب أن يبعد المغتصبون عن الشوارع لأطول فترة ممكنة، لا أن يحتجزوا قسريًا داخل المستشفيات النفسية. وبعدما يؤدون مدة الخدمة المحددة، يجب أن يطلق سراحهم أسوة بغيرهم من المجرمين.

قلقي ليس نابعًا من تعاطف مع المغتصبين. بل من خوفي أن معاملتهم على نحو غير عادل يشحذ هذا المنحدر الزلق لتدهور أكبر في الدستور، الأمر الذي سيقلل من احترام قدسية الإجراءات القانونية وحماية الحريات المدنية. إن التجربة المريعة للبلدان الأخرى يجب أن ترفع من مستوى الحذر لدينا. لقد أُنتهك الطب النفسي في أماكن أخرى من قبل النظام الجزائي لكتم معارضة سياسية، شكاوى اقتصادية، أو اختلافات فردية. إن النظام

القانوني الجاهز لتسوية مبادئه الدستورية للتعامل مع المغتصبين المتعبين، ربما يتوسع في المستقبل إلى أبعد من ذلك ليستخدم الطب النفسي ضد من لديه أهداف سياسية مهلكة، معتقدات دينية، أو تفضيلات جنسية[27].

مثلما أشار لذلك روبرت موزيل قبل سبعين عامًا: «حينما يستمع الطبيب الملاك إلى حجج المحامي الطويلة، سوف ينسى في الغالب مهنته. حينها سيطوي جناحيه بقرقعة ويجعل من نفسه ملاكًا احتياطيًا للمحكمة»[28].

الدرس

حتى لو فعلنا معظم الأشياء بشكل صحيح في تحضيرنا للدليل التشخيصي (ولم نقم بعمل سيىء في الدليل الرابع)، لن نتمكن من التحكم بطريقة استخدامه أو إساءة استخدامه عندما ينشر، فالعفريت قد خرج من الزجاجة. علينا أن نتحمل مسؤولية جزئية في حدوث وباء التوحد، تشتت الانتباه، واضطراب ثنائي القطب للبالغين. لكن الأوبئة تحركها قوى أخرى متقاربة، من جشع شركات الأدوية في بيعها للتشخيص، قادة الفكر المتهور، أطباء ومرضى سذج، مجموعات الدفاع، الإعلام، الإنترنت، ووسائل التواصل الاجتماعي. هناك بعض التأثيرات المتضخمة لتشخيصات محددة: فأنظمة المدارس شجعت على تشخيص التوحد، أو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كتأهيل للحصول على المزيد من الخدمات، أو مطالبة الجنود العائدين بتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة لعجز ومنافع صحية. إضافة لنزعات أخرى لتوجهات عامة، أو توقعات غير واقعية لشريحة كبيرة من المجتمع بأنهم وأطفالهم لن يكونوا فقط كاملين بل سيشعرون بالكمال أيضًا.

لعب الدليل التشخيصي قليلًا في استمرار مسيرة تضخم التشخيصات النفسية. وقد كان المحرك الرئيس هو تسويق شركات الأدوية. بعد ثلاث سنوات من نشر الدليل الرابع قامت جماعات شركات الأدوية الكبرى بضغط مذهل على القوانين الفدرالية للسماح بالإعلانات المباشرة للمستهلكين. كان ذلك مفتاح مملكتهم. في العقد الذي تلاه، زادت الشركات من إنفاقها ثلاثة أضعاف على التسويق لكلّ من، الاكتئاب، اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ثنائي القطب، الرهاب الاجتماعي، والاضطرابات الجنسية، بنفس الحماس الذي تبيع به كوكا كولا المشاهير. عادة تكون الإعلانات مضللة، لكنها

فعالة بشكل مدمر. يسيىء المرضى تشخيص ذواتهم ويسألون أطبائهم عن الحبة السحرية التي تصحح الخلل الكيميائي لديهم، والأطباء يستمعون. إن المرضى الذين يطلبون علاجًا دوائيًا شاهدوه في الإعلانات سبعة عشر مرة، على الأرجح أنهم لن يغادروا المكتب إلا بوصفة طبية. أسهم التضخم الإعلاني بوضع الشركات في موقع المسؤول عن التشخيص. وفي خضم هذه الإثارة، أشك أن هناك من سيعود للطبعة الورقية لمجموعة معايير الدليل التشخيصي الرابع ليتأكد من وجود تلاؤم واضح. لقد فقد الدليل التشخيصي والإحصائي التحكم بالنظام ـ على افتراض أنه كان بيدنا أن نتحكم أصلًا. فلم يكن هنالك من يدافع عن السواء، ولم يكن هناك ما يوقف زحف التشخيصات المستمرة. كانت حربًا غير عادلة.

لم يقم الدليل التشخيصي الرابع بضرر بذاته، لكننا بكل تأكيد لم نقم بأمر مستحسن (إلا إذا كنت تعطينا ثقة مشكوك بها، أي: أننا لم نسيء إلى وضع سيىء) على الورق، ربحنا معظم المعارك باحتواء انتشار التشخيص، لكننا خسرنا الحرب لصالح القوى الخارجية التي حددت الكيفية التي يستخدم بها الدليل التشخيصي الرابع. لا أعلم حقيقة إن كان المزيد من الدقة والمراجعة ستكون ممكنة أو فعالة للدليل الرابع. مع ذلك، وبنظرة للماضي وعلمي بما يحدث الآن، أنا نادم على أننا لم نقم بعمل التجربة. ربما لن نستطيع إيقاف التضخم في التشخيصات، لكنني سأشعر بشعور أفضل من ذلك لو أننا نزلنا الساحة وخضنا القتال، بدلًا من الوقوف مع ما اتضح أنها حرب خاسرة.

الهوامش

(1) H. A. Pincus, «**DSM-IV and new diagnostic categories: Holding the line on proliferation,**» Am J Psychiatry 149 (1992): 112–17.

(2) Laura Batstra and Allen Frances, «Diagnostic Inflation: Causes and a Suggested Cure,» **Nerv Ment Disease** 200, no. 6 (June 2012): 474–79; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c4a2.

(3) Richard L. Morrow, and others «Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children,» CMAJ, March 5, 2012;

http://www.cmaj.ca/content/early/2012/03/05/cmaj.111619.full.pdf+html.

(4) S. Boyles, «Study confirms ADHD is more common in boys,» WebMD Health News, September 15, 2004; **http://www.webmd.com/add- adhd/news/20040915/study-confirms-adhd-is-more-common-in-boys (accessed March 10, 2011).**

(5) K. Bruchmüller, J. Margraf, and S. Schneider, «Is ADHD Diagnosed in Accord with Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis,» **J Consult Clin Psychology** 80, no. 1 (February 2012): 128–38; doi: 10.1037/a0026582.

(6) Howard Wolinsky, «Disease Mongering and Drug Marketing,» **EMBO Reports** 6, no. 7 (July 2005): 612–14, **accessed September** 4, 2012; **http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1369125.**

(7) C. B. Phillips, «Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD,» **PLoS Med.** 3, no. 4 (2006): 433–35.

(8) «Short-Supply Prescription Drugs: Shining a Light on the Gray Market,» Democratic Press Office, July 25, 2012; **http://commerce.senate.gov/public/index.cfm? p=Hearings&ContentRecord_id=0c41d6c9-cce9-4f59-bb82-fb19bfd057dc&ContentType_id=14f995b9-dfa5-407a-9d35-56cc7152a7ed&Group_id=b06c39af-e033-4cba-9221-de668ca1978a.**

(9) Martin Whitely, Speed Up and Sit Still: **The Controversies of ADHD Diagnosis and Treatment** (Perth: UWA Publishing, 2010).

(10) Carmen Moreno, MD, and others, **«National Trends in the Outpatient Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder in Youth,»** Arch Gen Psychiatry 64, no. 9 (September 2007): 1032–39.

Joyce Nolan Harrison, MD, and others, **«Antipsychotic Medication Prescribing Trends in Children and Adolescents,»** J Ped Health Care 26, no. 2 (March 2012): 139–45.

Mark Olfson, MD, and others, **«National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs,»** Arch Gen Psychiatry 63 (2006): 679–85.

(11) Shelley Murphy, «Doctor Is Sued in Death of Girl, 4,» Boston Globe, April 4, 2008 (accessed September 25, 2012); **http://www.boston.com/news/local/articles/2008/04/04/doctor_is_sued_in_de.**

(12) Centers for Disease Control and Prevention, «Autism Spectrum Disorders: Data and Statistics»; **http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html** (accessed September 4, 2012).
15. Young Shin Kim, MD, and others, **«Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample,»** Am J Psychiatry 168 (2011): 904–12.

16. E. Fombonne, **«Epidemiological studies of pervasive developmental disorders,»** in F. R. Volkmar, A. Klin, R. Paul, and D. J. Cohen, eds. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3rd ed. (Hoboken, NJ: John Wiley, 2005), 42–69.

(13) Richard Horton, «A Statement by the Editors of Lancet,» **The Lancet 363, issue 9411** (March 6, 2004): 820–21; doi:10.1016/S0140-6736(04)15699-7.

(14) A. Frances, The Autism Generation, Project Syndicate, July 19, 2011; **http://www.project-syndicate.org/commentary/the-autism-generation** (accessed September 19, 2012).

(15) M. Ghaziuddin, **«Should the DSM V drop Asperger syndrome?»** J Autism Dev Disord 40 (2010): 1146–48.

.Alan Zarendo, «Warrior Parents Fare Best in Securing Autism Services,» Los Angeles Times, December 13, 2011, Local Section; **http://www.latimes.com/news/local/autism/la-me-autism-day-two- html,0,3900437.htmlstory.**

(16) Christine Fountain, Alix S. Winter, and Peter S. Bearman, «Six Developmental Trajectories Characterize Children with Autism,» **Pediatrics 129**, no. 5 (May 1, 2012): e1112–e1120.
.V. Gibbs and others, «Brief Report: An Exploratory Study Comparing Diagnostic Outcomes for Autism Spectrum Disorders Under DSM-IV-TR with the Proposed DSM-5 Revision,» J

Autism Dev Disord 42 (2012): 1750–56.

.J. McPartland, B. Reichow, and F. R. Volkmar, «Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder,» **Psychiatry 51** (2012): 368–83.

.M. Mordre, B. Groholt, A. Knudsen, E. Sponheim, A. Mykletun, and A. Myhre, «Is long term prognosis for pervasive developmental disorder not otherwise specified different from prognosis for autistic disorder? Findings from a 30 year follow up study,» **Journal of Autism and Developmental Disorders (2011); doi: 10.1007/s10803-011-1319-5**.

(17) M. Zimmerman and others, «Is Bipolar Disorder Overdiagnosed?» **J Clin Psychiatry** 69 (2008): 935–40.

26. A. M. Kilbourne, E. P. Post, M. S. Bauer, and others, «**Therapeutic drug and cardiovascular disease risk monitoring in patients with bipolar disorder,**» J Affect Disord 102 (2007): 145–51

(18) R. C. Kessler, W. T. Chiu, O. Demler, and E. E. Walters, «Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R),» **Arch Gene Psychiatry** 62, no. 6 (June 2005): 617–27.

(19) C. Blanco, C. Garcia, and M. R. Liebowitz, «**Epidemiology of social anxiety disorder,**» in B. Bandelow and D. J. Stein, eds. Social Anxiety Disorder (New York: Marcel Dekker, 2004), 35–47.

(20) Christopher Lane, PhD, Shyness: **How Normal Behavior Became a Sickness** (New Haven: Yale University Press, 2007)

(21) U.S. Census Bureau Population Estimates by Demographic Characteristics. Table 2: **Annual Estimates of the Population by Selected Age Groups and Sex for the United States:** April 1, 2000, to July 1, 2004 (NC-EST2004-
Source: Population Division, U.S. Census Bureau Release Date: June 9, 2005. **http://www.census.gov/popest/national/asrh.**
.Gordon Parker, «Is depression overdiagnosed? Yes». BMJ, August 16, 2007, **http://www.bmj.com/content/335/7615/328.**

A. V. Horwitz and J. C. Wakefield, **The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder** (New York: Oxford University Press, 2007)

(22) Lisa K. Richardson, M.App.Psy., Christopher Frueh, PhD, and Ronald Acierno, PhD, «Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review,» **Aust N Z J Psychiatry** 44, no. 1 (January 2010): 4–19.

(23) PTSD and the Law: An Update **http://www.google.com/url? q=http://www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/research- quarterly/v22n1.pdf&sa=U&ei=RmxHUPWMLMus qQGCsYGICA&ved=0CBQQFjAA Dvrfng.**

(24) Helen Singer Kaplan, MD, **Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation** (Levittown, PA: Brunner/Mazel, 1995).

(25) Ray Moynihan, Sex, Lies, and Pharmaceuticals: How Drug Companies Plan to Profit from Female Sexual Dysfunction (Vancouver, BC: D & M Publishers, 2010).

(26) A. Frances and M. First, «Paraphilia NOS, Nonconsent: Not Ready for the Courtroom,» Journal of American Academy of Psychiatry and the Law 39, no. 4 (2011): 555–61.

(27) S. Sreenivasan, L. E. Weinberger, and A. Frances, «Normative and Consequential Ethics in Sexually Violent Predator Evaluations,» **J Amer Psychiatry and the Law** (Analysis and Commentary) 38 (2010): 386–91.

(28) Robert Musil, A Man Without Qualities (New York: Alfred A. Knopf, 1995).

الفصل السادس

بدع المستقبل

الكبرياء يأتي قبل السقوط

الأمثال 16:18

نُشر الدليل التشخيصي والإحصائي بطبعته الخامسة- ولم تكن باللحظة السعيدة في تاريخ الطب النفسي أو بالنسبة لي شخصيًا. إذ يخاطر الدليل بتحويل تضخم التشخيص إلى تضخم مفرط، الأمر الذي سيحجّم من قدر التشخيص النفسي ويطلق العنان لموجة من الأوبئة الكاذبة[1]. كما في شأن المعادلة الاقتصادية عندما تطبع كميات كبيرة من الأموال حينما ترتفع الأسعار بشكل سريع. دسم5-5-DSM حكاية تحذيرية للطموح المتقد، الإنجاز الضعيف، والنهج المغلق. الخبر السار، أن الجهود الإصلاحية التي قام بها فريق القيادة الجديد في الاتحاد الأميركي للطب النفسي في اللحظة الأخيرة، قد قضت على نحو ثلث التغييرات السيئة التي من شأنها أن تؤدي لفيضان في التشخيص النفسي. أما الخبر السيىء فعلى الرغم من أن دسم5-5-DSM قد حافظ على الثلثين الأخيرين، إلا أنه أضاف-خطأً- المزيد إلى مشاكل فرط التشخيص والعلاج الموجودة مسبقًا[2].

إنه الطموح- لقد حلق إيكاروس عاليًا لكنه سقط.

في إعداد أي دليل تشخيصي إحصائي، من الحكمة أن تكون متواضعًا للغاية- لا تقطع وعودًا ثم تعمل بكدح للوفاء بهذه الوعود. تراجع دسم5-5-DSM نظير مبالغته بالوعود، فما كان إلا أن فشل في تلبية الحد الأدنى من معايير الأداء.

يتضح الطموح المفرط لدسم5-5-DSM في تأثيره على نموذج تحولي في التشخيص النفسي في ثلاث مبادرات مختلفة. الأول: كان الهدف غير الواقعي بتحويل التشخيص

النفسي عبر الاستناد على النتائج المثيرة لعلم الأعصاب. سيكون ذلك رائعًا لو كان ممكنًا، لكن العملية فشلت لسبب واضح، أنها لا تزال هدفًا بعيد المنال. بإمكان علم الأعصاب تزويد التشخيص النفسي بشكل يومي بخطوته الثابتة والبطيئة؛ لكن لن يدفع به للأمام قبل الأوان، وهذا الأوان لم يتحدد بعد.

أما الهدف الثاني، فقد كان في توسيع حد الطب النفسي الإكلينيكي- مثلما فعلت تخصصات الطب الأخرى بسعيها لعالم جديد شجاع عبر تحديد المرض مبكرًا والوقاية من العلاج. المفارقة، أن السعي المتواصل وراء الفحص المبكر قد ضعف الطلب عليه في العديد من التخصصات الطبية التي كانت بمثابة نماذج لدسم5-5-DSM.

أما الهدف الثالث لطموح دسم5-5-DSM فهو قابل للتحقق ومن أقلها خطورة. الفكرة هي أن يكون التشخيص النفسي أكثر دقة عبر تحديد الاضطرابات رقميًا بدلًا من مجرد تسميتها. إذا نُفذت هذه الخطوة على أتمّ وجه، ستكون فكرة حسنة لكن دسم 5-5-DSM يضع تقييمات لأبعاد معقدة غير ضرورية، ولا يمكن استخدامها إكلينيكيًا[3].

حلّق إيكاروس قريبًا من الشمس، فأذابت جناحيه وسقط في البحر. حاول دسم 5-5-DSM أن يحقق هذه التحولات النموذجية الثلاثة الطموحة والمستحيلة في الطب النفسي لكنه فشل في كافتها. تسببت العملية الفوضوية بتلكؤ مصداقية الطب النفسي بصورة ظالمة، فهذا المجال أفضل بكثير مما يظن البعض، ممن اطّلع على حماقات الدليل التشخيصي والإحصائي المتشعبة. لتكون عظيمًا، امنع الدليل التشخيصي والإحصائي من أن يكون جيدًا بشكل كاف[4].

أهمية النهج

لم يُعدّ دسم5-5-DSM بنهج مسبق. بل تشتت بين الخيالات والإبداع. فقد تجاهل الضرورات العادية مثل الكفاءة، الدقة، الاتساق، ومراقبة الجودة. من الناحية النظرية، إنتاج الدليل التشخيصي والإحصائي ليس بالأمر الصعب. أصعب جزء هو وجود كافة التفاصيل التنظيمية. كما أنها تتطلب مراقبة مستمرة لمجموعات العمل للتأكد من أنها تسير نحو هدف مشترك وتُعِدّ منتجًا متسقًا. كان المبدأ التنظيمي الذي زوّد الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابع بالتماسك، هو قيادة المعلم الفذ بوب سبتزر الذي ترأس كل مجموعة عمل، واعتنى بكل التفاصيل، وكتب كل كلمة. كان من المغري لدسم4-IV-DSM وجود

مجموعة من العمليات التشغيلية المعيارية. كل قضية منهجية وُضّحت بالتفصيل قبل بدء العمل. كان هناك معايير واضحة لإجراء التغييرات، وتمركز منهجي لاستعراض الأدبيات، تحليل البيانات، والتجارب الميدانية. بالمقابل، كان دسم5-5-DSM خليطًا من منهجية غير منظمة. طُلب من مجموعات العمل أن يكونوا مبتكرين لكنهم لم يزودوا بأوامر واضحة من شأنها أن توحّد نتاجهم المنفصل. ليس من الغريب أن المجموعات المختلفة قد تفاوتت بشكل ملحوظ في منهجيتها، دقتها، جودتها، نزاهتها، ووضوح مراجعتها. ربما أكثر ما يحير هو عجز دسم5-5-DSM عن التخطيط للمستقبل أو تلبية معاييره الخاصة. توجب الدفع بالتاريخ الأصلي للنشر سنتين للوراء. حتى مع هذا الوقت المعطى كان هناك خلط جنوني في النهاية، وكان على الدليل إلغاء الخطوة الحاسمة وهي مراقبة الجودة لانخفاض جودة العمل وعدم وجود وقت لإكماله.

هناك طريقة أفضل بكثير. قام الطب القائم على الأدلة بخطوات هائلة في تحديد الكيفية التي تترجم بها نتائج البحوث لممارسات سريرية. كان من الواجب أن تُدار أدبيات دسم5-5-DSM من قبل مقيّمين مستقلين ممن يملكون المزايا المزدوجة للخبراء المتخصصين بالأدلة القائمة على المنهجية والنزاهة، دون اقتراحات حماية. بحيث يكون أعضاء مجموعات العمل خبراء في تشخيصهم، لكنهم ليسوا خبراء في مراجعات الأدبيات الشاملة والنزيهة، وتحليل المخاطر والمنافع. كما أنه لا يوجد أي عذر على تفويت جميع المواعيد النهائية وإلغاء مراقبة الجودة ونحن في أمس الحاجة لها.

نتغير أو لا نتغير

إن ثورة البحوث الطب-نفسية مثيرة على الجانب العلمي الأساسي (شرح وظيفة الدماغ)، إلا أننا متأخرين بشكل لا يمكن إنكاره عندما يأتي الأمر للتقدم في التشخيص والعلاج. لم يكن هناك أي تقدم حقيقي في التشخيص منذ الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث عام 1980، ولم يحدث أي تقدم علاجي منذ بداية التسعينات. إن التشخيص النفسي ليس بحاجة لمزيد من التحديث، بل أقل من ذلك، مجرد نقلة نموذجية. في الحالة المستقرة سيتحرك البراغماتي بحذر وبخطوات صغيرة فقط. وإذا حدث أمر جديد له قيمة واضحة وخطورة منخفضة، تمسك به، لكنه لا يتغير فقط لأجل أن يكون مختلفًا[5].

إن اللعب مع نظام التشخيص يمكن أن يؤدي إلى كل أنواع العواقب غير المقصودة.

فإذا لم نكن واثقين من تأثير شيء جديد، فمن الأفضل عدم تغيير القديم. إنك إن قمت بالتحقق من الأشياء بكامل الحذر، فسوف يصعب مع ذلك أن تتكهن بالمستقبل. الرهان الآمن والوحيد هو إن كان هناك احتمال أن يمضي أمر ما بشكل خاطئ، فمن المحتمل أن يحدث ذلك. يخبرنا تاريخ الدليل التشخيصي والإحصائي الحديث، أن أي تغييرات يمكن إجراؤها ستخضع لتفسيرات واستعمالات خاطئة غير متوقعة تحت ضغوط من شركات الأدوية، الخدمات المدرسية، متطلبات الإعاقة، والنظام القانوني. فإذا كان هناك أي ثغرة ممكنة مع حافز للكسب فسيندفع شخص ما نحوها. إذا وجد اختبار زمني للصمود، يجب أن تتغير المحاولات القديمة لسبب حقيقي فقط[6].

بصرف النظر عن المخاطر، إلا أن حدوث التغييرات أمر يكلف الكثير. وأعلاها كلفة هي تعطل الاستمرارية بين نتائج البحوث السابقة والمستقبلية. كيف يمكن للمرء أن يفسر الاختلافات في نتائج الدراسات التي أُجريت سابقًا لنفس التشخيص مقابل ما بعد التغيير؟ إن التغييرات الاعتباطية مزعجة أيضًا للأطباء، المرضى، المعلمين، الطلاب، والإداريين. كل شيء يستحق نظرة قبل القفز بحكمة. منذ البداية، قامت قيادة دسم5ـ5ـDSM بسلك الجانب المعاكس- إذ كان هناك تقدير للتغيير لمجرد التغيير، صاحب ذلك عدم اهتمام بفهم سبب وجود الأمور على ما هي عليه. كان البيان الداعم لهذا الموقف المتطرف هو أننا بحاجة إلى نظام تشخيص يعكس تقدمًا سريعًا في العلوم، وهذا خلط مضلل لدافع النمو في العلوم الأساسية وجمود ميت في العلوم الإكلينيكية[7].

التجارب الميدانية تخذل التجربة

مُوّلت تجارب دسم5ـ5ـDSM من المعهد الوطني للصحة النفسية بعد استعراض موسع وسطحي لمنهج النظراء العلمي وجدارتهم. هذه التجربة الحذرة هي الأدق في تصميمها وتنفيذها. مع ذلك غاب عنا التنبؤ باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، التوحد، واضطراب ثنائي القطب. فشل اتحاد الطب النفسي الأميركي بجذب تمويل للبحوث الخارجية للتجارب الميدانية الخاصة بدسم5ـ5ـDSM وتوجب عليه أن ينفق أكثر من ثلاثة ملايين دولار من مال الاتحاد. فقد أُنشئ تصميم الدراسة خلف أبواب مغلقة، ولم يخضع مطلقًا لمراجعة الأقران الضرورية لتصحيح العيوب إن وجدت. نتيجة لذلك اختبرت التجارب الميدانية لدسم5ـ5ـDSM السؤال الخطأ، بالطريقة الخطأ، في

البيئات الخطأ، وفي موعد نهائي غير واقعي. وبالتالي استحال تفسير النتائج- فهي مضيعة للمال، الوقت، الجهد، والموهبة.

سأل دسم5-5-DSM السؤال الخطأ، وكرّس نفسه بشكل حصري على دقة مقترحاته التشخيصية الجديدة (ما إذا أمكن الأطباء النفسيون أن يتفقوا)، وتجنب تمامًا الأسئلة المهمة للمنفعة العملية: مثل، هل التشخيص الجديد سينفع أم يضر المرضى؟ ولذلك، تحتاج بيانات على المعدلات، إلى جانب الدقة، الفعالية، والسلامة. ثم عليك تجاوز العينات المتوفرة بسهولة من المستشفيات الجامعية لأنها ليست تمثيلية، بل بدلًا من ذلك عليك أن تدرس كيف ستعمل المعايير في بيئات الحياة الواقعية. لأسباب لن أفهمها، تجنب دسم5-5-DSM طرح أسئلة كانت مهمة بالفعل.

بعد ذلك ازدادت الأمر سوءًا. فتصميم التجربة الميدانية الخاصة بأداء العمل كان بطيئًا بشكل لا يصدق، مما نتج عنه إرباك إداري وضبابية في التشغيل. كان من الواضح من القراءة الأولى أن الجدول الزمني قد بُتر بشكل سخيف، فالتجربة تستغرق ضعفي المدة المخصصة. عندما اقتربت التجربة الميدانية البطيئة من إتمام إنجازها المتأخر، كانت نتائجها المقدمة مخجلة. موثوقية التشخيص المُختبرِ في التجربة الميدانية لدسم 5-5-DSM كان أقل بكثير مما أنجز في الماضي وما يمكن تحقيقه في الحاضر، لو أن المشروع أُنجز بكفاءة. حتى البدائل القديمة مثل اضطراب الاكتئاب الكبير الذي صمد لمئات الاختبارات السابقة التي جُمعت على مدى أربعين سنة، قد صُبغ بموثوقية ملوّثة.

شملت الخطة الأصلية خطوة لمراقبة الجودة. إذا كان للتشخيصات موثوقية ضعيفة في المرحلة الأولى (كما كان في العديد منها) فالمرحلة الثانية (يكون هناك إعادة كتابة وإعادة اختبار) لتصحيحها. لكن المرحلة الأولى جاءت متأخرة جدًا، ولم يكن هناك وقت متبقٍ للمرحلة الثانية، حيث وجب الوفاء بتاريخ النشر 2013 لتلبية مخططات ميزانية الاتحاد الأميركي للطب النفسي من عائدات النشر. كانت تلك هي لحظة الحقيقة لدسم 5-5-DSM اختبارا مفروضا لنزاهتها[8].

أخفق الاتحاد الأميركي للطب النفسي وقام بتغيير قواعد اللعبة، بدلًا من الاعتراف بأن نتائج موثوقيته غير مقبولة والسعي لتصحيحات ضرورية ربما تلبي المعايير التاريخية. عندما صرح دسم5-5-DSM أن التوقعات السابقة كانت مرتفعة جدًا، أعلن أنه سيقبل

موافقات المقيّمين، التي، لم تكن بأفضل من عابثين يرميان السهام على لوحة التشخيص. ألغيت الخطوة الثانية لمراقبة الجودة بشكل خفي، ودُفع بدسم5ـ5ـDSM للمطابع بزمن سابقٍ لأوانه، لأجل تحريك المبيعات وجني الأموال. بالنسبة لي، ربما كان هذا القرار أكثرها كآبة في تاريخ الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المخيب للآمال بأكمله. لم يُضحّي الاتحاد الأميركي للطب النفسي بمصداقيته فقط، بل وضع سلامة المرضى على المحك، ولوّث مشروع الصحة النفسية بالكامل دون وجه حق.

تتبع الأموال، الأرباح والخسائر

أنفق الاتحاد الأميركي للطب النفسي مبلغًا مذهلًا قدره 25 مليون دولار على دسم5ـ5ـDSM. أعجز عن تخيل أين ذهب كل هذا المال. كلّف دسم4ـIVـDSM خمسة ملايين فقط، وأكثر من نصف المبلغ جاء من منح البحوث الخارجية. حتى لو كان دسم5ـ5ـDSM مصنوعًا من الذهب بدلًا من الرصاص لا تزال 25 مليون دولار بعيدة جدًا عن النسبة. المؤكد هو أن الفوضى الحاصلة من الدليل الخامس قد تسببت بخسارات هائلة.

لا يستطيع الاتحاد الأميركي للطب النفسي تحمل هذا الفائض. ففي حالة العجز احتفظ بأقل مما أوصي له بربحه، كما أنه يخسر أعضاءه بسرعة، ولديه عدد قليل من الحضور لاجتماعه السنوي، ولم يعد قادرًا على الاعتماد على الإعانات المالية المريبة من مصانع الأدوية. كان الأمل الأخير بنشر الدليل التشخيصي والإحصائي لينقذ ميزانيته ـ لكنه فرض موعد نشر لا يتلاءم مع جودة الإنتاج.

طوال هذه المدة، عامل الاتحاد الأميركي للطب النفسي الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس كقيمة نشر خاصة بدلًا من ثقة عامة. في البداية، كان هناك اتفاقات سرية لحماية «الملكية الفكرية»، ثم حماية مشددة للعلامة التجارية وحقوق التأليف، وأخيرًا الاندفاع غير المناسب للنشر قبل الأوان وذلك بسبب ضرورة سد عجز في الميزانية. لدى الاتحاد الأميركي للطب النفسي تضارب في المصالح في دوره المزدوج كوكيل لنظام التشخيص (ثقة جمهور) ومستفيد من أرباح النشر. كان من مصلحة النقابة ألا تزايد على ثقة الجمهور، لكنها فعلت.

بدع المستقبل

تضمن دسم5-5-DSM على العديد من البدع الثورية المستقبلية. كلها، أي: الأعراض الموجودة، كانت مما يشكل جزءًا من الحياة اليومية ويواجهها معظم البشر. لم يكن هناك تعريف دقيق لتلك البدع، بما يكفي ليمنع سوء الوصم للعديد من الناس الذين يعتبرون أسوياء. وليس منها من له علاج أثبت فعاليته. بل ربما تقود جميعها إلى اختبار أو علاج غير ضروري وضار أحيانًا. وسوف تكون الآثار الكلية فرط التشخيص، وصم لا داعي له، تجاوز في العلاج، سوء توزيع للموارد[9]، وتأثير سلبي للطريقة التي ننظر بها أنفسنا كأفراد ومجتمع[10].

تحويل نوبات الغضب لاضطراب نفسي

للأطباء النفسيين جرأة على الذهاب لما لم يذهب إليه أحد قبل، والأطفال هم من يدفع الثمن في النهاية. فقد دأبوا على ابتكار طرق جديدة للتجاوز في تشخيص الأمراض النفسية للأطفال. ذكرت مسبقًا أن هناك دراسة وجدت أن 83% من الأطفال مؤهلين ليُشخصوا باضطراب نفسي عند بلوغهم الواحدة والعشرين. أخذ الباحثون المختصون بالأطفال هذه الخطوة بصورة أوسع ليقدموا للدسم 5-5-DSM تشخيصًا جديدًا ربما يصل لنسبة مئة في المئة. سُمّي أولًا «سوء انتظام المزاج»، ثم ظهر باسم جديد يصعب نطقه «اضطراب سوء انتظام المزاج التخريبي»؛ إن فكرة تحويل نوبات الغضب لأمراض نفسية فكرة فظيعة، مهما كانت التسميات. علينا ألا نصِم أي جانب مؤلم أو متعب في الطفولة بمسمى مرض نفسي.

كان الخبراء العاملون على دسم5-5-DSM من حسني النية. اعترافًا بالخطأ الكارثي التشخيصي لاضطراب ثنائي القطب للأطفال، أمِلوا أن يحل (اضطراب سوء انتظام المزاج التخريبي) محل ثنائي القطب، وهو اضطراب لا يحمل في مسماه تضمينًا بكونه اضطرابًا على مدى الحياة، ولكونه أقل عرضة لحصول تجاوزات في علاجات ربما تعجّل من سمنة الأطفال. لكن هذا الحل كان سخيفًا بالمجمل. غاب عن متخصصي الأطفال خطر واضح. بدلًا من استبدال اضطراب ثنائي القطب ببساطة، كان من الواضح أن اضطراب سوء انتظام المزاج التخريبي شامل جدًا، إذ يستخدم لوصف كافة أساليب الأطفال التي لا تحتاج لتشخيص محدد، أو لا تحتاج لتشخيص على الإطلاق. لدى الأطفال طرق

عديدة للاستجابة للعالم، وكثيرًا ما تُعزى إلى نوبات غضب كأسلوب ربطهم الغضب بالضغوط. في الغالب، لا يعدّ ذلك مؤشرًا لاضطراب نفسي، بل يقدم لنا مرحلة تطورية أو استجابة مزاجية مختلفة للضغوط، أو أنها عرض لأي رقم في الاضطرابات النفسية. عادة من الأفضل تجاهل نوبات الغضب «التافهة»، أما الشديدة والمستمرة فربما تتطلب تقييمًا لتحديد السبب الضمني لها، لكن نوبات الغضب بمفردها يجب ألا تعطى وضعًا منفصلًا لتشخيص رسمي. عند تحويل عرض عام وغير محدد إلى اضطراب نفسي، فمن المرجح أن يزيد اضطراب سوء انتظام المزاج التخريبي من استخدام مضادات الذهان بصورة غير لائقة، لا أن يقلل منها.

لا وجود للأدلة البحثية على اضطراب سوء انتظام المزاج التخريبي تقريبًا، فقد بُني أساسه على بضع سنوات من العمل من مجموعة بحثية واحدة فقط[11]. لا يعرف شيء عن احتمالية انتشاره بين عموم الأطفال؛ وما إذا أمكن تمييزه عن نوبات الغضب الطبيعية؛ علاقته بجميع الاضطرابات العديدة الأخرى التي يظهر معها فورات من الغضب، مساره؛ العلاج المفضل له؛ والمقايضة بين الاستجابة للعلاج والمضاعفات الضارة.

كانت معايير تشخيص اضطراب سوء انتظام المزاج التخريبي إلى حد كبير عبارة عن دجل لا يعلم كنهه، ولم تكن مقيدة بشكل كاف. بينما تحاول إنقاذ الأطفال الذين شُخصوا خطأ باضطراب ثنائي القطب، فمن دون شك أنها ستفتح الباب لإساءة تشخيص الأطفال الأسوياء الذين يمرون بمرحلة أو نوبة غضب طبيعية. لا يوجد خط واضح يميز بين نوبات الغضب الطبيعية والشاذة. وهناك تباين هائل بين ما يعتبر غضبًا لائقًا بين مختلف الأسر، الثقافات الفرعية، ومراحل النمو. إن نوبات الغضب شائعة تحديدًا لأنها قيمة كبيرة للنجاة، فالانتقاء الطبيعي يفضل العجلة الحادة، المصبوغة بالتطرف. على سبيل المثال، صغار الشمبانزي يهيمنون على والديهم بنفس الطريقة.

سوف تتباين طريقة تشخيص اضطراب سوء انتظام المزاج التخريبي بشكل كبير، اعتمادًا على تسامح الطبيب، العائلة، المدرسة، ومجموعة الأقران. قد تكون «الضغوط» التي تثير نوبات الغضب متدنية في بعض الحالات، لكنها استفزازية بشكل ملحوظ وتسبب فورة مزاجية يسهل فهمها في حالات أخرى. قد تترجم معارك العائلة إلى مرض نفسي فردي. في خضمّ ذلك، يُنسى من دون شك أن معظم الأطفال سيتغلبون على مشاكلهم المزاجية الظرفية ويكتسبون تحكمًا بذواتهم بشكل تدريجي، وطرقًا أفضل لتلبية احتياجاتهم.

تجربتي تقول إن هذا التشخيص غير المدروس ربما يصبح شعبيًا جدًا ومنتشرًا بين الأطفال، وسوف يكونون بخير دون وجوده.

ربما تكون مضادات الذهان غير النمطية مفيدة للحد من فورة المزاج الانفجارية، لكن آثارها المفيدة للقلة يجب أن توازن ضد أخطارها الكبيرة، وذلك حينما تستخدم بشكل غير مناسب للأغلبية. حتى في الأطفال المضطربين بصورة بالغة، هناك مسائل إكلينيكية أخلاقية خطيرة، لكن الحاجة للطب ربما لا تكون مطلوبة إلا في الظروف الملحة للغاية. مضادات الذهان خيار سيىء للغاية للأطفال الذين يعانون من نمو مقلق (لكنه طبيعي في الأساس)، أو عواصف ظرفية، أو نوبات غضب لأسباب أخرى (مثل استعمال الأدوية، اضطراب ADHD). ربما يتحول اضطراب سوء انتظام المزاج التخريبي إلى أخطر وباء ناجم عن دسم[12] 5-5-DSM. الأمر العقلاني هو حذف ثنائي القطب للأطفال مباشرة مع تحذير جريء ضده في الدليل، وذلك عبر إقامة حملة لتأهيل الأطباء، الآباء، والمعلمين من جديد ضد خداع شركات الأدوية. لكن مواجهة المشكلة بمشكلة أخرى قد يفضي إلى تفاقم المشاكل.

النسيان في الشيخوخة الطبيعية أصبح مرضًا

اعتدت أن أمزح مع زوجتي دونا أننا في سباق نحو النهاية لنرى من سيشيخ أولًا، والخاسر هو من يتولى رعاية الآخر. المشكلة أن النكتة ليست مضحكة إلى هذا الحد، وتقلّ هزليتها كلما اقتربنا من نهاية العمر. ننسى باستمرار أين وضعنا المفاتيح، المحافظ، النظارات، البريد، الكتب، الأوراق، أجهزة الكمبيوتر، البلاكبيري، الملابس، أرقام الهواتف، سمّ ما شئت، وأحيانًا نلوم بعضنا لأن واحدًا منّا يخادع الآخر ويضع الأشياء في غير مكانها. ننسى المواعيد، وأعياد الميلاد والأفلام التي شاهدناها الليلة الماضية، والأخبار التي قرأناها، أين ركنّا السيارة، وأي أحداث أخيرة في حياتنا. أضيع أحيانًا في عالمنا الكبير، وهي تضيع من على بعد خطوات من المنزل. كلانا سيىء في تذكر أسماء الآخرين، لكن دونا بقيت على الأقل تتذكر الأوجه.

يبدو ذلك سيئًا للغاية، وأعتقد أنه كذلك. لكن هناك قليل من العزاء. تكفلت دونا بدفع الفواتير، الضرائب، حجز الرحلات، تدبير المنزل، وتحرير هذا الكتاب، وبقيت أفضل مطّلع وأذكى شخص عرفته في حياتي. لايزال بإمكاني كتابة الكتب والتدوين، إدارة

الحديث، وإعطائكم نبذة عن الحرب البيلوبنزية. المريح جدًا، أن مجموعة معارفنا هم في عمرنا، ولديهم حكايات مشابهة عن هذه الويلات. لا أحد منّا يمكن أن يرى، أو يسمع بوضوح، يمضغ كما يجب، ينام بسرعة على نحو سليم، يقوم بتمارين الضغط، يذهب في رحلات عديدة، أو يشرب الكثير من المياه كما كنا في شبابنا وقوتنا. هذا النقص البدني في العمر، لا يمكن تعريفه على أنه مرض لأنه متوقع ولا مفر منه.

في المقابل، نجد أن فقدان خطوة ذهنية واحدة هو مرض نفسي في دسم5-5-DSM بمسمى (اضطراب عصبي معرفي معتدل)، يهدف هذا التشخيص إلى احتواء الأشخاص الذين لم يصلوا لمرحلة العته بعد، لكن لديهم علامات تدهور عقلي ربما تعرضهم للخطر إذا تطور الأمر لاحقًا. بودي لو أوافق على هذا الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل لو كان هناك علاج له، أو إذا أظهر طريقة جيدة للتكهن بالمستقبل. لكن لا يوجد علاج وقوة تكهن بالمستقبل، ولو شخصت نفسي بهذا التشخيص فلا أدري ما أفعل به. أعقل من هذا، قبول الشيخوخة العقلية بدلًا من تشخيصها، إلى أن يكون لدينا فحص حيوي دقيق أو علاج فعال. لم نستوفِ أنا ودونا معايير الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل، لكن باعتقادي أن النقاط الدقيقة لمجموعة معاييره سوف تكون مُتجاهلة في الممارسة العامة، وسوف يكون تطبيق التشخيص بشكل فضفاض. الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل لن يكون مختصًا بأولئك الذين يعانون من أعراض مبكرة للعته، ولكن سيتوسع بشكل غير لائق لإمراض أصحاب التدهور العقلي الناجم عن الشيخوخة الطبيعية.

وهذا ليس مقصد الرعاة. حيث أن هدفهم هو تحديد المعرضين للإصابة بالألزهايمر قبل تكوين صورة كاملة للعته، آملين بأن التشخيص المبكر يقود للتدخل المبكر، وقبل أن يقع الضرر. قد يستغرق الألزهايمر عقودًا ليتطور، لكن الخبراء متحمسون بإمكانية الوقاية المسبقة. يأملون في نهاية الأمر أن يكون العامل النشوي-amyloid علامة مبكرة للألزهايمر قياسًا على الكولسترول مع مرض القلب. لذا، تحديده ثم علاجه مبكرًا قد يقي من حدوث أسوأ الأمراض.

لقد أُنجزت خطوات سريعة بأساليب قوية وجديدة لتقودنا إلى الأسباب والآليات"[13]. من المثير أننا نتوصل في دقيقة إلى تصوير مقطعي بوزيتروني دقيق (PET) وعلامات نخاع شوكي للألزهايمر، لكن ربما يستغرق الوقت خمس سنوات على الأقل قبل أن يكون لدينا فحص دقيق بما يكفي للاعتماد عليه. عندما يحدث ذلك، سيكون الاضطراب

العصبي المعرفي المعتدل منطقيًا كتشخيص جديد، لكن ليس قبل أن يحدث ما سبق. دعونا لا ننطلق في أمر نجهل كنهه، وألّا نواصل المضي باعتقاد كاذب أن تطور التشخيص قد حدث بالفعل، وتطور العلاج محتمل في المستقبل القريب. من دون فحص مخبري فإن تشخيص الاضطراب العصبي المعتدل سيظلّ غير دقيق، وسوف ينسحب عليه تصنيف العديد من الأشخاص ممن ليسوا على وجه الشيخوخة. وما هو الغرض الذي يخدمه الكشف عن المراحل المبكرة لمرض محبط لا يوجد له أي علاج مفيد[14]؟ إن اكتشاف (احتمالية) تعرضك للإصابة بالألزهايمر لن يوفر لك أي فائدة تذكر، بل سيخلق قلقًا غير ضروري، ناهيك عن العلاج، النفقات، الوصم، التأمين، ومشاكل العجز.

علينا ألا نرفع من سقف احتمالية العلاج الفوري. إن تعلم المزيد من الآليات للألزهايمر قد يفضي لعلاج عقلاني أو وقائي، لكن هذا لن يحدث على الأرجح. فقد كانت التجربة العامة في الطب على مدى ثلاثة عقود عبارة عن انفجار في أسّ المعرفة لمرض لا يؤدي لمعجزة فورية في الغالب. عدم النجاح في تطوير علاج للألزهايمر أمر لا يبعث الثقة[15]. على الرغم من أن الأدوية المتاحة كانت مربحة للغاية لشركات الأدوية، إلا أن فعاليتها قليلة، هذا إن لم تكن عديمة الفعالية للمرضى. باءت محاولات تطوير جيل جديد من الأدوية بالفشل، رغم الاستثمار البحثي المعتبر. ولا يبدو أن هناك أي أمل يلوح في الأفق.

لدى خبراء الألزهايمر حماس طبيعي لتخطي الحدود نحو التشخيص المبكر. إن النمو البطيء للعلاج ولأدوات التشخيص أمر محبط لجميع المهتمين. معظمنا توقع أن يكون هناك فحوص مخبرية مؤكدة بحلول هذا الوقت، وخاب أملهم لأن اكتشاف الدواء كان إخفاقًا كبيرًا. عُرض الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل على أمل أن يقفز داخل مجال التشخيص من خلال تسليط الضوء على الفحص المبكر. لكن هذا بمثابة تقديم الأهم على المهم. يجب أن تُبنى التشخيصات الجديدة المؤثرة على حياة البشر على أساس علمي راسخ وسليم، ويجب أيضًا أن تُناقش السياسة العامة للكيفية التي تنفق بها الدولة على الرعاية الصحية إنفاقًا محدودًا، نقاشًا شاملًا دون أن تُقاد.

إن تصرف الخبراء الذين اقترحوا الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل نابع من حسن نية ساذجة بأن توسيع التجربة سيكون مفيدًا لمرضاهم. لكنهم عموا عن المخاطر الإيجابية الكاذبة والتكاليف المجتمعية لأنهم غير مدربين على التفكير بهذه الاهتمامات أساسًا،

لا بسبب وجود تضارب في المصالح. لكن هذه النوايا الحسنة لا تحفز الشركات التي تسوق الأدوية والفحوصات التشخيصية. إذا أصبح الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل تشخيصًا رسميًا سيكون هناك انفجار عديم الفائدة وربما ضار لفحوصات وعلاجات التصوير المقطعي البوزيتروني والنخاع الشوكي. سيكون يومًا مشهودًا للمجموعة الطبية[16]. هي وحدها من سيستفيد، لا المرضى، ولا دافعي الضرائب.

النهم يصبح مرضًا

كنت قد حصلت على استيفاء لمعايير تشخيص اضطراب النهم، وكان لدي هذا الاضطراب منذ ذلك الحين حسبما أذكر. بدأ هذا الاضطراب في بداية سنوات المراهقة المبكرة. رحلات التسلل لخزانة والدتي المحملة بالمؤن الغذائية والثلاجة الممتلئة، قادتني إلى ليالٍ من العزلة الطويلة. عندما كنت في الكلية كنت أصارع بوزن 177 رطلًا، لكن بعد نهاية المباراة تبدأ حفلة ليومين تقودني لوزن يوم الإثنين 191 رطلًا. ثم عليّ أن أجوع حتى أعود لوزن 177 رطلًا يوم الأحد التالي. لطالما كنت مفجوعًا في طابور البوفيه، آكل كل ما يمكن تناوله في المطاعم. لم يمض أسبوع دون حفلة نهم وحشي. كانت الطريقة الوحيدة للحفاظ على رشاقة خمس وعشرين رطلًا من الوزن الزائد هي تجنب الفطور والغداء تمامًا والتدرب لساعات في اليوم. هل أنا نهم تافه بعادات غذائية سيئة وتحكم حقير بالنفس، أم أنني مريض نفسي ضمن تصنيف دسم5-5-DSM باضطراب في الأكل؟

بالتأكيد أنا لست الوحيد هنا، وإلا ستكون عتبات تشخيص اضطراب نهم الطعام منخفضة جدًا. حفلة واحدة كل أسبوع ولمدة ثلاثة أشهر ستجعلك مستوفٍ لمعايير هذا المرض النفسي. التقييمات المبكرة تقول بأن اضطراب نهم الطعام سيصيب 3 إلى 5% من السكان، لكن التقييمات المبكرة منخفضة دائمًا[17]. ننتظر حتى يحصل العامة والأطباء على رعاية «تعليمية» من شركات الأدوية لبيع مفهوم النهم (المعروف بأنه خطيئة) ليصبح مرض العصر. قد تقفز المعدلات إلى 10 بالمائة لتضيف 20 مليون مريضًا نفسيًا في الولايات المتحدة لوحدها.

لماذا أفرط في الأكل؟ ولماذا يفرط أي شخص؟ طبيعة الحياة هي المتسبب بذلك. فقد صممت شهيتنا للتغلب على المجاعة، لكنها تجعلنا ضعفاء بشكل رهيب أمام الولائم.

يوم أن كان الحصول على الطعام أمرًا صعبًا كان أفضل رهان على النجاة أن تهجم بشكل وحشي على الضحية. وفي عصرنا الحالي، توفر الثلاجات والوجبات السريعة الرخيصة خطرًا عظيمًا ولا ريب، لكنني لا أعلم كيف أصبح هذا الأمر اضطرابًا نفسيًا.

قُدّم اضطراب نهم الطعام كإجابة طب-نفسية على وباء السمنة (الذي تفوق على التدخين بسهولة كأكبر المهلكات الصحية المميتة). لسوء الحظ، لا يملك الطب النفسي أي جواب هنا، فلا يوجد علاج للنهم أو السمنة. بل أكثر من ذلك، وجود اضطراب نهم الطعام سيصرف الانتباه عن أي مساع يمكن أن تقدم كعلاج حقيقي لوباء السمنة. نحن بحاجة لتغيير جذري في السياسة العامة. مجتمعنا يزداد سمنة ليس بسبب وباء الاضطراب النفسي المدرج حديثًا، بل بسبب توفر الطعام الرخيص، المغري، اللذيذ، والغني بالسعرات الحرارية، إلى جانب الوجبات السريعة المريعة، الوجبات الخفيفة، والمشروبات الغازية. ومما زاد الأمر سوءًا أننا نزوّد هذه القنبلة الموقوتة على الصحة العامة بإعانات حكومية لشركات الزراعة الكبرى. لمئات آلاف السنين، وحتى قبل ثلاثمائة سنة فقط، كان من النادر أن يحصل الإنسان العادي على فرصة لتذوق أي شيء حلو، إلى أن دخل السكر في حياتنا، ثم الفركتوز، ومنذ ذلك اللحين يجري تسميننا مثل المواشي.

إن الاضطراب النفسي لا يسبب وباء السمنة، ومعالجة اضطراب مزيف لن يصحح الوضع. وصم ضحايا سياستنا العامة بمرضى نفسيين لن يساعدهم بشيء، فمن الأفضل تغيير السياسات. لا مزيد من دعم الفركتوز. لا مزيد من الكولا والبطاطس المقلية التي تقدم مع الغذاء المدرسي، لا مزيد من الشوارع التي تثبط من عزيمة المشي. علينا أن نعيد التربية البدنية في المدارس؛ نضيف حساب السعرات لكل ما في القائمة؛ ونركز على الخضروات؛ نعطي الناس تخفيضًا لضرائبهم وعلاوات تأمين لخسارتهم الوزن؛ نضع درّاجات مجانية في مواقف المدن في أي مكان. باختصار، نحتاج أن نقوم بأي عمل ممكن من منظور السياسة العامة لتحفيز الناس على الأكل بشكل أقل والتمرن بشكل أكبر.

إن الوصم النفسي الزائف لن يقدم العون. هناك ثلاثة ملامح مألوفة تعني أنك غير مصاب بهذا الاضطراب، وجود خليط من تشخيصات غير دقيقة، لا وجود لعلاج فعال، وإن كان هناك علاج فله آثار جانبية. يركز اضطراب نهم الطعام اهتمامه على الجاني الخطأ، فليس الفرد هو المريض بل السياسة العامة. نحن بحاجة لحملة تغيير في سلوكيات الأكل والتمرين، مثل الحملة التثقيفية والتحفيزية الناجحة للحد من التدخين.

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) للبالغين يمكن أن يكون موضة التشخيص الجديدة

فتح دسم5-5-DSM بابا لخلق وباء جديد وهو اضطراب ADHD لدى البالغين، دون أن يردعه هياج هذا الاضطراب الكاذب بين الأطفال. كالعادة، يتوجه قلق المتخصصين نحو الحالات المغيّبة، فقد فشلوا بإدراك الخطر الأكبر للإفراط في التشخيص. إن مشاكل الانتباه والأرق بين البالغين غير محددة وشائعة بين الأسوياء منهم، إلى جانب من يعانون من أي اضطراب آخر. أسهل طريق للتشخيص باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه للبالغين والذي طرحه دسم5-5-DSM، هو أن نصِم العديد من الأسوياء الذين لا يشعرون بارتياح في قدرتهم على التركيز، أداء الأعمال، وخاصة عندما يشعرون بالملل مما يعملون عليه. ربما يتسبب هذا الاضطراب في تشخيص خاطئ لمن يعانون من مشاكل في التركيز بسبب آخر مثل تعاطي المخدرات، اضطراب ثنائي القطب، الاكتئاب، كافة اضطرابات القلق، اضطراب الوسواس القهري، اضطرابات التوحد، اضطرابات الذهان، وغيرها. ينبغي ألا يحصل أحد على تشخيص أو علاج لاضطراب ADHD للبالغين حتى تُستبعد كل تلك المسببات بوصفها المسبب الرئيسي، خشية أن يؤثر العلاج المنشط بشكل سيىء على المشاكل الموجودة بالفعل[18].

من السهل تشخيص اضطراب ADHD للبالغين. حيث يكثر وجود صعوبات في الانتباه والتركيز بشكل خاص بين من ينشدون الكمال ومن جاوزوا الخمسينات. أما الأعراض فهي ذاتية بالمجمل، ومبنية على تصورات ذاتية خاطئة لتركيز وإنجاز عملي ضعيف. إن تقليص دسم5-5-DSM لمتطلبات الاضطراب سيؤدي لجذب المزيد من البالغين الراغبين بتوقد ذهني حاد، لكنهم لا يملكون الأعراض أو المشاكل المحددة التي تؤهلهم لاضطراب نفسي. هذا الاضطراب المزيف للكبار سيكون شائعًا خاصة بين طلاب الجامعة، فلديهم متطلبات وظيفية ويعانون من قلة النوم تمامًا مثل سائقي الشاحنات لمسافات طويلة.

تعد المنشطات من أكثر الأدوية أمانًا وفعالية في الطب النفسي عندما تؤخذ تحت إشراف مناسب وتشخيص دقيق. لكنها يمكن أن تسبب أعراضًا جانبية خطيرة لأي أحد، خاصة عندما يتناولها مريض لديه تشخيص آخر خُلط بينه وبين تشخيص اضطراب ADHD (كاضطراب تعاطي المخدرات، أو اضطراب ثنائي القطب) استخدام المنشطات

بشكل متزايد كمحسّن للأداء أو التسلية يخلق سوقًا ثانوية كبيرة وغير قانونية للاتجار بها في الشوارع[19].

في كثير من الأحيان، كنت أسمع الناس يقولون «ما الداعي للقلق من الإفراط في وصف المنشطات، بما أنها أدوية آمنة نسبيًا وتعزز من تحسين الأداء المعرفي حتى عند من لا يعانون من اضطراب ADHD بشكل جازم». وهذا أمر خاطئ لأسباب فردية واجتماعية. علينا أن نعي أن الضرر سيتفاقم مع استخدام المنشطات عند من يعانون من مشاكل صحية ونفسية. فهل نريد أن نعزز من وصف المنشطات بشكل غير قانوني لتباع في الشوارع[20]؟ إن التوسع في توزيع المنشطات مسألة صحية وسياسة عامة بالغة الأهمية، أكبر من أن تكون عاقبة غير مقصودة لقرارات مجموعة صغيرة من خبراء دسم5-5-DSM الذين ركزوا على سؤالهم التشخيصي الضيق. ليس لدي أي رأي حول المسألة الهامة الخاصة بالسماح باستخدام المنشطات لتحسين الأداء عند الأسوياء الذين يريدون تطوير أدائهم الوظيفي والمعرفي. لكنني أعارض بشدة خفض معايير اضطراب ADHD للبالغين بطريقة تعزز بشكل غير مباشر من الاستخدام «الطبي» المزيف لمن لا يعانون حقيقة من اضطراب نفسي[21].

يزعم آخرون أن المجتمع المتطلب بشكل متزايد ربما يكشف عن أعراض مبكرة (دون السريرية) لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. بينما ترتفع معايير الأداء ويصبح التحفيز الخارجي عاليًا يصعب إيقافه، يصل الأفراد المتكيفون بشكل مسبق مع اضطراب ADHD معتدل إلى مستوى سريري متدهور بالغ يؤهل لأن يعتبر اضطرابًا نفسيًا يتطلب العلاج. أعود لنقطتي، وهي أن الصعوبات التي يواجهها الناس في تلبية توقعات المجتمع لا يجب أن توصم على أنها اضطرابات نفسية. لا يمكن أن يكون 30% من طلاب الجامعات يعانون فجأة من اضطراب ADHD. عندما سيطر دوري البيسبول على استخدام الستيرويد عن طريق الفحوصات، ظهر انفجار مفاجئ لاضطراب ADHD بين اللاعبين، ولعل ذلك أثير بسبب الرغبة في تحسين معدلات ضرب الكرة عوضًا عن أي أسباب تقليدية لعلاج اضطراب ADHD. لو اخترنا نحن كمجتمع أن نساعد الناس على تحسين أدائهم وتلبية مطالب المجتمع (المبالغ بها)، فيجب أن يكون ذلك قرار سياسة مفتوحة، لا أن يغطى تحت رعاية طبية ووصفات طبية تعزز من تسويق شركات الأدوية.

يجب أن تكون معايير تشخيص اضطراب ADHD صارمة للمرة الأولى. فعند تقييمنا

لأي شخص بالغ بهذا الاضطراب، يجب أن نكون متأكدين أولًا من استبعاد معظم الأسباب النفسية لعدم الانتباه، وأن تكون المشاكل استمرارًا لأعراض اضطراب ADHD التي بدأت في الطفولة المبكرة. أما البداية المتأخرة لمشاكل الانتباه فإن لها سببًا آخر ليس باضطراب فرط حركة وتشتت انتباه. لندع الدليل التشخيصي والإحصائي دليلًا للاضطرابات النفسية، لا وسيلة لتحسين الأداء.

الخلط بين حزن الحداد والميلانخوليا

سهّل دسم5-5-DSM من تشخيص اضطراب الاكتئاب الكبير بين الفاقدين، حتى في الأسابيع الأولى التي تلي خسارتهم. كان القرار مضللًا بعناد تجاه المعارضة العالمية من الأطباء، الجمعيات المهنية، الصحافة، المجلات، ومئات الآلاف ممن يقضون فترات حداد حول العالم. لدى الناس أعراض تشبه تمامًا الاكتئاب السريري وهي جزء من عملية الحداد الطبيعية. إن الشعور بالحزن، فقدان الاهتمام، وجود مشاكل في النوم والأكل، انخفاض الطاقة، صعوبة العمل من أسهل ما يمكن ملاحظته في الصورة الكلاسيكية للحداد. وهذه الأعراض هي نفسها ما يحدد أعراض الاكتئاب السريري. لا ينبغي التشخيص بهذا الاضطراب إلا إذا أصبح الفاقد انتحاريًا أو ذهانيًا، أو يعاني من أعراض شديدة لمدة طويلة تسبب له العجز.

يجب أن يخطو الطب النفسي بخفة مع إيقاعات الحياة الأساسية. حتى الثدييات تحزن للحداد. إنه الجانب الآخر والقيمة الضرورية للثدييات المتطورة، التي تتميز بقربها الشديد من أحبابها. نبدأ الحياة باحتياجنا للأم، ليس فقط لأجل الحليب، بل للحب أيضًا. حياتنا تتكون من سلسلة من التعلق والخسارة. ثم نموت ويحزن الآخرون حدادًا علينا. والإنسان ليس هو الوحيد في عنايته وحداده كحيوان اجتماعي. نحن نفعل ما تفعله كافة الثدييات.

إن تحويل الحداد إلى مرض يُقلّص من كرامة هذا الألم، ويحجّم من التكيف الوجودي المتوقع للخسارة، كما أنه يقلل من التعويل على الطقوس الثقافية الراسخة والمتعددة لعزاء الحزن، ويُخضع من يعيشون فترة الحداد لأدوية لا لزوم لها وربما ضارة لهم. لا يوجد رمز موحد للحداد السليم. إذ ترسم الثقافات المختلفة مجموعة من الطقوس وردود الفعل السلوكية والعاطفية. حتى داخل ثقافة معينة، يتفاوت الأفراد العاديون في استجابتهم، أعراضهم ومدة بقائها، ضعفهم للحداد وقدرتهم على تلقي العزاء والطعام من الآخرين.

ليس هناك خط واضح يفصل بين من يعانون من الفقد بطريقتهم الخاصة والضرورية، وأولئك الذين سيبقون عالقين في الاكتئاب ما دامت المساعدة النفسية المتخصصة لم تصل إليهم. إلا إذا كانت الحاجة واضحة، عندها لا يجب على الطب النفسي أن يفرض طقوسه في غير موضعها. إن تحويل الحداد إلى مرض يرسل رسائل خاطئة ليس فقط لمريض شُخِّص خطأ، بل لعائلته الباقية أيضًا. وصم الحداد كاضطراب نفسي يقلص من كرامة خسارة الأرواح، ومن ردة الفعل الحزينة على هذا الفقد أيضًا. بفعلنا هذا نكون قد بدلنا طقوس الحداد الحزينة والموجودة في كل ثقافة، إلى حزن شخصي مرضي وسطحي. معظم الناس يتعافون بشكل طبيعي بعد الخسارة دون تدخل طبي ودوائي.

هناك قلق مشروع حول حدوث الاكتئاب الكبير أحيانًا بين الفاقدين. وذلك عندما يصبح الفاقد انتحاريًا، يعاني من الهذيان، هائجًا، أو عاجزًا، فهذا مبرر لتشخيص الاكتئاب ويجب البدء بالعلاج فورًا. أيضًا الأشخاص الذين لديهم تاريخ مسبق مع الاكتئاب، فربما يكون هناك خطورة من تكراره ويجب متابعتهم عن قرب ومعالجتهم على وجه السرعة. لكن هؤلاء استثناءات. إن الحداد جزء من الحياة ومعظم الناس يتجاوزونه بشكل جيد عبر دعم العائلة والثقافة، وليس بالتشخيص والعلاج النفسي[22].

تحويل الشغف إلى إدمان

لقد حدث ذلك فعلًا، اليوم وقبل بضع ساعات. كنت أسير على مرتفع ورأسي مدفون في جهاز البلاكبيري، أنقر بإبهامي ردًا على رسالة إلكترونية، تقودني زوجتي لتفادي السيارات والعقبات، متعثرًا أحيانًا بجذوع الأشجار. كان يومًا صيفيًا هنديًا رائعًا، المحيط وشاطئي الحبيب يصبحان واضحان من جميع الجهات، لو أنني فقط أرعيت الانتباه. لكنني مطأطأ الرأس، مشغول تمامًا وغير واع إطلاقًا، أعمى عن كل شيء إلا لوحة المفاتيح والشاشة. على الخط، يأتي رجل بسرعة من الاتجاه المعاكس، كنّا سنصطدم ببعضنا البعض. سارعت إلى الاعتذار، فابتسم في وجهي مشفقًا وقال: «لا بأس، أتفهم، مدمن كراكبيري هه؟» ابتسمت بخجل، وعدت سريعًا للنقر على هاتفي.

أنا مذنب كما يظهر لي. إذا بدأ الناس يطلقون على هاتفك «كراكبيري»، فأنت مدمن بشكل بالغ. عندما أنحني على جهازي البلاكبيري يستحضر الناس من حولي كينغ كونغ عندما يلعب بصديقه اللطيف. لا أريد أن أكون حميميًا جدًا هنا، لكن زوجتي

توضح مشاعر غيرة وضيق حتى أنها اضطرت لتلعب بورقة الدور الثانوي لِما أسمته «عشيقك».

هل هذا اضطراب نفسي، أم تعطش حاد لاستخدام الجهاز بشكل ملحوظ؟ «إدمان سلوكي» أم «تعلق بالبلاكبيري»؟ كل ذلك كان مجرد نكتة، لكنها أصبحت الآن مشكلة حقيقية منذ أن أدخل دسم5_DSM_5 مفهوم «الإدمان السلوكي»[23]. في البداية، كان المقامرون بشكل مرضي هم المؤهلون فقط لأن يكونوا مضطربين نفسيًا بشكل رسمي. لذلك، حذار من الأوبئة الكاذبة للإدمان، من إدمان على الأنترنت[24]، التسوق[25]، العمل[26]، الجنس، الغولف، الجري[27]، تسمير الجسد[28]، تنظيف المنزل، الطبخ، العناية بالحديقة، مشاهدة الرياضة على التلفاز، ركوب الأمواج، الشوكولاتة[29]، أو أي شيء يتطلب اهتمامًا شغوفًا وانتباهًا إعلاميًا. القائمة تطول ويمكن أن تتسع لتشمل كل نشاط شعبي لتحوّل كل خيارات أنماط المعيشة إلى اضطرابات نفسية.

كان أساس هذا المقترح المتطرف عائد إلى أن السلوك القهري يعادل تعاطي المخدرات القهري الذي ينتج من نفس مراكز المتعة في الدماغ- هذه الفكرة ملهمة للبحث لكنها سابقة لأوانها، وربما تكون مبررًا للتوسع الكبير في التشخيص النفسي.

تمدد مصطلح «الإدمان» ليشمل أي اهتمام أو تعلق عاطفي. قُيد في البداية ليصف اعتماد الجسد على المخدرات أو الكحول- أي: المرحلة التي تحتاج فيها المزيد والمزيد لتصل للانتشاء، وأيضًا عندما تتكون لديك أعراض انسحابية مؤلمة عند توقفك. ثم توسع الإدمان ليغطي تعاطي المخدرات القهري. فالمدمن هو شخص يشعر بأنه مجبر على تناول المخدر على الرغم من انتهاء فاعليته. حتى مع غياب المتعة ووجود عواقب خطيرة وسلبية للتعاطي، إلا أنه منقاد لمواصلة ذلك. مؤخرًا، غدا تطبيق مفهوم الإدمان فضفاضًا وغير سليم، ليشمل أي استخدام متكرر لأي مخدر، حتى لو كان لأغراض متعة ليست قهرية. اتخذ دسم5_DSM_5 قراره النهائي بأننا جميعًا مدمنين على سلوكياتنا المفضلة تمامًا مثل شخص مدمن على الأفيون.

مفهوم «الإدمان السلوكي» لديه خلل أساسي مفاده أن الجميع لديه «إدمان سلوكي». لكن الرغبة في تكرار المتعة جزء من الطبيعة البشرية، وشائعة جدًا لتعدّ اضطرابًا نفسيًا. ربما سيخرج ملايين «المرضى» الجدد من قرار تحويل الاهتمام الشغوف لمرض نفسي،

وسوف يساهم بإعطاء البعض عذر «الدور المرضي» لتسلياتهم المتهورة. أستطيع مثلًا تصوّر العنوان التوضيحي لرسوم النيويوركر المتحركة. «آسف حبيبتي، لم أستطع مقاومة (املأ الفراغ). الطبيب هو من قال أن هذا ليس خطأي ـ أنا مدمن».

جميعنا محكومون بفترات متعة مؤقتة تنبعث من مراكز المتعة في الدماغ، وهي ما يخدم بقاءنا الفوري أو بقاء حمضنا النووي للجيل التالي. لهذا السبب يصعب على الناس التحكم بدوافعهم تجاه الطعام والجنس، خاصة وأن العالم الحديث يوفر فرصًا مغرية لكلا الإثنين. تأثر تطور الدماغ بالحقيقة القائلة إن معظم الناس لم يعيشوا لمدة طويلة. عطفًا على طول فترات الحياة التي نعيشها، أصبح التخطيط على المدى الطويل أفضل رهان، لكن الغرائز لا تتغير بسرعة، وموازنة مكاسب المدى القصير ضد عواقب المدى الطويل لا تتمّ بصورة طبيعية عند معظم الناس. ولا تزال أنظمة المتعة لدينا تستجيب لحياة أسلافنا وتسبب لنا المتاعب في حياتنا الحالية.

إن التعريف الضيق والسليم لمصطلح «الإدمان السلوكي» يجب أن يخدم فقط من يعانون من تجاوز في متوسط نظام المتعة المقبول، من يكررون السلوك مرارًا وتكرارًا كل مرة، بغض النظر عن عدم وجود مكسب على المدى القصير، واحتمالية تعرض للعقوبات السلبية قصيرة الأمد (الدمار المالي، خسارة العائلة، السجن) إن نسبة المخاطرة/ المكسب السلبية هنا ليس لها (ولا يمكن أن يكون لها أبدًا) أي قيمة بقاء ويمكن أن تعتبر اضطرابًا نفسيًا. قد يكون مفهوم «الإدمان السلوكي» قابلًا للتطبيق لو أمكن احتواءه داخل حدود هذا التعريف الضيق. لكنه عوضًا عن ذلك، غدًا فكرة فظيعة، بسبب إمكانية انتشاره لأبعد من حدوده الضيقة المناسبة. إن من الصعوبة أو (استحالة) تمييز التكرار القهري الخالي من المتعة، عن الانغماس الذاتي المتهور.

يجب حصر «الإدمان» على من يشعرون بأنهم مجبرون على تكرار الفعل حتى مع خمود المتعة وارتفاع الكلفة، لدرجة أن الإنسان العاقل لن يستطيع الإيفاء بذلك. لكن كيف يمكن أن تميز الفرق بين هذا والسعي للمتعة؟ **«سوف يتسع مفهوم الإدمان السلوكي» من دون شك ليكون عذرًا حديثًا لكافة السلوكيات المتهورة التي تدفع بأي شخص لأي نوع من المتاعب. وسوف تحل الخطوات الاثني عشر محل الطقوس الدينية للاعتراف والغفران. تقبُّل عجزك تجاه الإدمان السلوكي سيكون بداية جهد حقيقي للتغيير، لكنها في الغالب لن تكون إلا مجرد دورة قصيرة. إن المجتمع النابض بالحياة يعتمد على وجود**

مواطنين مسؤولين، يشعرون بمسؤولية في التحكم بأنفسهم ويتحملون عواقب أفعالهم، لا جيشًا من «المدمنين السلوكيين» ممن هم بحاجة لعلاج يعلمهم الصواب.

أجرينا نقاشًا موازيًا حول ما إذا كان الاعتماد على الكافيين يجب أن يدخل كصنف رئيسي في دسم4-DSM-IV. الإدمان على الكافيين يوازي إدمان النيكوتين ويمكن أن يسبب التسمم، ويمكن أيضًا أن يثير اضطراب قلق ومشاكل في القلب. لكننا تركناه لسبب واحد فقط، لأن الاعتماد على الكافيين موجود في كل مكان تقريبًا (وغير ضار في الغالب) بدا من غير المعقول أن يستيقظ 60 مليون شخص كل يوم مدركين أن متعتهم الصباحية تعدّ اضطرابًا نفسيًا. إن وجود قيود وتحذيرات مشابهة يمكن أن يقود لرفض فئة «الإدمان السلوكي». كما أن وجود إمكانية لإساءة تطبيق هذا المفهوم تمحو أي فائدة له.

المنافس المحتمل لخلق بدعة وشيكة هو «إدمان الإنترنت». جميع وسائل انتشاره متوفرة- غزارة الكتب المرعبة، مقالات تحبس الأنفاس في المجلات والصحف، تعرّض واسع للتلفاز، تواجد المدونات في كل مكان، ظهور برامج علاجية غير مثبتة، توافر ملايين من المرضى المحتملين، واندفاعًا علنيًا من الباحثين والأطباء الجدد «قائدي الفكر». يُظهر دسم5-5-DSM تحفظا وإقصاءَ لإدمان الإنترنت في ملحق غامض بدلًا من إضفاء شرعية عليه كتشخيص نفسي رسمي. لكن ألقِ نظرة على إدمان الإنترنت لتلمح ملامح بدايته حتى من دون تأييد دسم5-5-DSM الكلي. فهناك إقرار بأن الكثير منّا يتفحصون البريد الإلكتروني بتملص في صالات السينما ومنتصف الليل، يشعرون بالضياع عندما ينفصلون عن أصدقائهم الإلكترونيين، يقضون كل دقيقة إضافية في التصفح، المراسلة النصية، أو لعب الألعاب. لكن هل يؤهلنا هذا لنكون مدمنين بالفعل؟ لا ليس دائمًا. إلا إذا كان تعلقنا قهريًا ودون مكسب أو فائدة؛ أو يتعارض مع المشاركة والنجاح في الحياة الحقيقية؛ ويتسبب بكرب أو ضعف واضح. الارتباط بالإنترنت بالنسبة لمعظم الناس- مهما كان قويًا واستهلاكيًا- يجلب لهم متعة وإنتاجية أكثر من الكرب والضعف. هي علاقة حب أو استغلال أكثر من كونها استعبادًا- فليس من الحكمة إدراجها مع الاضطراب النفسي. إن من السخف تعريف سلوك ما، على أنه اضطراب نفسي، هذا السلوك الذي أصبح جزءًا ضروريًا لحياة أي إنسان وعمله.

لكن ماذا عن أقلية صغيرة من مستخدمي الإنترنت العالقين في استخدام قهري كئيب، يدمرهم ذاتيًا ودون أي قيمة - اللاعبون الذين يمضون 24/ 7 ساعة، المحاصرون في

الحياة الافتراضية. قد ينطبق مفهوم الإدمان على الكثير منهم، والتشخيص والعلاج ربما يثبت يومًا ما فائدته. لكن ليس بعد. ليس هناك تعريف لإدمان الإنترنت بطريقة لا تصِم العديد من الأسوياء المتعلقين بأجهزتهم. ولا نعلم أيضًا نسبة إفراط المستخدمين لشبكة الإنترنت، لأن لديهم مشاكل نفسية أخرى ربما غُيبت حينما أصبح إدمان الأنترنت مفسرًا لكافة المشاكل المعطاة. حتى الآن البحث في مسألة إدمان الأنترنت ضعيف بشكل ملحوظ وغير مفيد. لا يأخذك الحماس بقوة حينما تشاهد الصور التي تعرض أجزاءً من الدماغ تضيء عند استخدام الإنترنت والأدوية. هي إنما تضيء بشكل غير محدد لأي نشاط ذو قيمة عالية وليست مؤشرًا على «إدمان» مرضي. يجب أن تقلّ شعبية إدمان الإنترنت في الإعلام، ويصبح بدلًا من ذلك هدفًا للأبحاث. كوريا الجنوبية هي أكثر دولة سلكية في العالم ولديها أكبر مشكلة للاستخدام المفرط للإنترنت. مع هذا، سعت الحكومة إلى معالجة الأمر بالتعليم، الأبحاث والسياسة العامة الذكية، ولم يتطلب الأمر إعلان «إدمان الأنترنت» كاضطراب نفسي. هذا نموذج ممتاز لبقية العالم كي يحذوا حذوهم.

خلط تصنيف الأمراض الطبية كأمراض نفسية

تعرِض لنا الحدود بين الطب والطب النفسي صعوبات من كلا الجانبين، وكلاهما لا يخدمان بعضهما البعض بشكل جيد. حتى في أحسن الظروف، غالبًا ما يكون التمييز بين الأمراض النفسية والطبية غامضًا يصعب تحديده. ومما يزيد من سوء الأمر أن أغلب الأطباء غير متخصصين في الطب النفسي وغالبية الأطباء النفسيين غير متخصصين في الطب العام، لذا، تبدو حلقة الوصل بين التخصصين مشوشة وغير مكتملة. والضحية هنا، هم المرضى الواقعين بين هذه التصدعات ممن يحصلون على رعاية من الدرجة الثانية من كلا التخصصين.

قبل أربعة عقود، أدركت شخصيًا وبشكل مؤلم، مخاطر التشخيص الخاطئ لأول مرة، وذلك حينما كنت طبيبًا نفسيًا مقيمًا وجديدًا، قمت بعلاج رجل مما ظننت أنه اكتئاب لمدة شهرين حتى اتضح لي أن سبب ألمه ورم بالدماغ، وقد غاب عني في السابق. خلال السنوات التي تلت تلك الحادثة، استقبلت عشرات المرضى الذين كانوا يعانون من أمراض طبية أُخطئ في وصفها كأمراض نفسية، وعشرات من المرضى الذين كانوا يعانون من أمراض نفسية شُخصت سابقًا على أنها امراض طبية. من السهل أن تخفق في كلا الاتجاهين.

تحدث أخطاء الخلط عبر أربعة طرق. أولها حينما تكون الأعراض الجسدية في بعض الأمراض الطبية شديدة، لكن دون وجود مرض قطعي (أمثلة ذلك، القولون العصبي، الإجهاد المزمن، ألم المفاصل المزمن، مرض لايم، التهاب المثانة الخلالي). وفي كثير من الأحيان يقال للمرضى أن المرض مجرد أفكار داخل رؤوسهم، وقد تسمى «فخار» خلف ظهورهم، مما يضيف مزيدًا من الإهانة لمصابهم وألمهم أو عجزهم المزمن.

الطريقة الثانية، حينما يظهر المرض النفسي مع أعراض لم تُفسر لسنوات قبل أن يكشف السبب الرئيسي عن نفسه بوضوح. أمثلة ذلك (التصلب المتعدد، الذئبة، التهاب المفاصل الروماتويدي، اعتلال الأعصاب المحيطي، أمراض النسيج الضام، ونعم، أورام الدماغ). من الصعب التعايش مع عدم اليقين، لكنه أفضل من القفز لاستنتاج كاذب وخطير بأن المشكلة نفسية.

أما الطريقة الثالثة، أن لدى بعض الناس ردود فعل قوية تجاه السرطان أو مرض القلب أو السكري أو أي أمراض أخرى خطيرة تصيبهم، ولم لا؟ عندما تكون مريضًا من المنطقي أن تكون قلقًا بشأن صحتك، منشغل بجهود لتحسينها، وحذر جدًا تجاه أي أعراض جديدة. فذلك الصداع العادي، ربما يكون عودة لورم الدماغ. يجب ألا يهمل تشخيص المرضى جسديًا على أنهم يعانون من مرض نفسي، فقط لأنهم خائفون ومنزعجون من كونهم مرضى.

الطريقة الرابعة، هي أن التصنيف الخاطئ يذهب إلى اتجاه معاكس أيضًا. العديد من الاضطرابات النفسية تظهر مع أعراض جسدية بارزة تختلط غالبًا مع المرض الطبي. أفضل مثال على ذلك، الأشخاص الذين يعانون من نوبات ذعر تكلفهم عادة العديد من الفحوصات غير الضرورية والتي يحتمل ضررها أكثر من نفعها، مثل الصداع، ضيق النفس، الخفقان، والذي في حقيقته مجرد جزء من تسارع النفس بسبب الذعر. الاكتئاب أيضًا يظهر مع أعراض جسدية بارزة خاصة فيما يتعلق بخسارة الوزن.

سيجعل دسم5_DSM_5 الحد بين المرض الطبي والنفسي غامضًا أكثر مما هو غامض عن طريق تقديم اضطراب جديد يسمى «اضطراب الأعراض الجسدية»، بتعريف فضفاض يلبي الحاجة. والنتيجة زيادة معدلات المرض النفسي بين كافة مجموعات المرضى الثلاثة، الأفراد الذين عُرف مرضهم على أنه مرض طبي (مثل السرطان)، الأفراد الذين

يعانون من أمراض لأسباب غير معروفة كليًا (مثل ألم المفاصل المزمن)، ومن يعانون من أعراض جسدية غير مبررة لكن تظهر لاحقًا مسببات لها (مثل التصلب المتعدد).

قد يستند التشخيص الخاطئ للمرض النفسي، في كثر من الأحيان، على حكم الطبيب الذاتي فقط (القابل للخطأ)، كإقراره بأن حياة المريض أصبحت مرتبطة بمخاوف صحية، أو أن الاستجابة للأعراض الجسدية المؤلمة مفرطة وغير متجانسة، أو أن استراتيجيات التكيف مع الأعراض سيئة. لا يجدر الاعتماد على هذه التقييمات المتأصلة، فمن شأنها أن تشرّع الباب للتجاوز في تشخيص الاضطراب النفسي والنتيجة غياب تشخيص المرض الطبي.

قدمت التجارب الميدانية لدسم5-5-DSM نتائج مخيفة جدًا. مريض واحد من بين ستة من مرضى السرطان والشريان التاجي يستوفون معايير دسم5-5-DSM لاضطراب الأعراض الجسدية. أيضًا واحد من كل أربعة مرضى يعانون من القولون العصبي والتهاب المفاصل المزمن. وإليك هذا، واحد من عشرة أشخاص «أسوياء». هل نرغب بكل إهمال أن نزيد العبء على المرضى (والأسوياء أيضًا) بتشخيصات إضافية للمرض النفسي فقط لأنهم قلقين من أن يكونوا مرضى؟

يحتمل أن يؤدي سوء استخدام المعايير الذاتية في دسم5-5-DSM إلى تشخيصات نفسية غير ملائمة بشكل متكرر وبآثار بعيدة المدى. وتشمل الآثار المحتملة:

- وصمة العار.
- غياب التشخيص الطبي بسبب فشل البحث عن أعراض طبية جديدة متفاقمة.
- عيوب الحصول على وظيفة أو الاحتفاظ بها.
- تقليص تعويض العجز والتعويض الطبي.
- تقليص أهلية الحصول على الخدمات الاجتماعية، الطبية، والتعليمية، والتكيف في أماكن العمل.
- **ممانعة المرضى ممن يعانون من أمراض تهدد حياتهم من التبليغ عن أعراض جديدة، هذه الأعراض قد تكون مؤشرات مبكرة لعودة نمو ثانوي لورم خبيث، أو مرض ثانوي كالخوف من وجود تشخيص لمرض نفسي.**

- رؤية المريض لنفسه ربما يصيبها الانحراف، وكذلك العائلة والأصدقاء.
- وصف أدوية نفسية غير ملائمة.

سوف يقع عبء تغييرات دسم5-5-DSM في هذا الجانب على النساء غالبًا، لأنهن أكثر عرضة للإهمال عند فحص أعراضهن الجسدية، كما أنهن عرضة أيضًا للحصول على مضادات اكتئاب ومضادات قلق غير ملائمة لهن. القواعد الذهبية، يجب استبعاد المرض الطبي الرئيسي قبل الإقرار بأن أعراض المريض سببها اضطراب نفسي. عدم تشخيص المرضى الذين يعانون جسديًا بتشخيص خاطئ كمرضى نفسيين، فقط لأنهم منزعجون بشأن مرضهم. وأخيرًا، لنعلم أن انعدام اليقين متأصل في تحديد ما إذا كان مصدر الأعراض الجسدية نابع من سبب جسدي أو عاطفي، أو أن لها عناصر من كلا الاثنين. فمن الأفضل أن تعيش بانعدام يقين على أن يختلط تشخيصك مع تشخيص نفسي خاطئ.

أهرب من الرصاص- وابق على حذر.

هذا القسم يختص بوصف الاضطرابات المقترحة التي كادت أن تدخل دسم5-5-DSM لكنها ألغيت في اللحظة الأخيرة. خبر عظيم- وما من شيء يلوح في الأفق. لكن الحذر الشديد ضد استعمال البدع لا يزال مطلوبًا. رُفض اضطراب ثنائي القطب للأطفال بشكل مشابه لما حصل مع دسم4-DSM-IV لكنه مع ذلك نجح بأن يكون وباءً كاذبًا وخطيرًا. أستراليا على وشك أن تشرع ببرنامج شامل تنفق عليه ما يعادل نصف مليار لعلاج خطر الذهان، رغم أنه ليس بتشخيص رسمي.

خطورة الذهان محفوفة بالمخاطر

يُجيد المستقبل حفظ الأسرار، ولكن يُصعب عليه التكهن. خاصة مع المراهقين، إذ يبدو وكأنهم غريبون في أرض غريبة- أو ربما مثل أليس في بلاد العجائب. هناك العديد من الأشياء المحيرة التي تحدث بسرعة كبيرة عند التحول من مرحلة الطفولة إلى البلوغ من تغيرات جسدية، نضج جنسي، أدوار جديدة، أفكار جديدة، مشاعر جديدة، علاقات جديدة، مسؤوليات جديدة، حريات جديدة، وميول جديدة. يواجه المراهقون عالمًا طازجًا، يطرحون أسئلة لا يعلم الكبار إجابات لها. يقلقون بشأن معنى الحياة وغموض الكون، غالبًا ما يتحدثون بطرق مجردة تربك آبائهم المنشغلين بشأن دفع الرهن العقاري

المقبل. لا يرتاح المراهقون في مرحلتهم، فإحساسهم بهويتهم إحساس هش، غامض، وغير مستقر. تكثر مخاوفهم الوجودية، والخيالات المقلقة، وتصبح ثقتهم بذاتهم مهتزة، يلبسون الملابس الغريبة، وتظهر عليهم السلوكيات الغريبة، يلعبون ألعاب الفيديو باستمرار، ذوقهم للموسيقى، الأفلام، والتسلية سيكون فظيعًا على الأرجح. من السهل على المراهقين أن يشعروا بالاضطهاد، الإهانة، والتآمر ضدهم، وإساءة فهمهم. فهم محتاجون للآخرين لكنهم يرفضون المساعدة. يساء فهم القلق العطوف عليهم على أنه تدخل عدائي. يبتهج الآباء غالبًا عندما يحاولون فهم طفلهم المحبوب ويعبسون عند تخيلهم المستقبل.

يصبح كل ما سبق أكثر تعقيدًا عندما يبدأ المراهق المضطرب باستخدام المخدرات. فكلما كان المراهق أكثر اضطرابًا، كلما رجح استخدامه لجرعة زائدة. تتعاظم صعوبات وتشوش مرحلة البلوغ عند استخدام عقاقير الهلوسة التي لها قدرة على محاكاة كل حالة نفسية. هناك أنواع مخدرات تخلق محاكاة لأعراض ما قبل الذهان أو الذهان، مثل رؤية أو سماع أشياء غير موجودة، الخروج بمعتقدات غريبة تقارب الضلالات، التشكيك وحدة الإدراك، خسارة الدوافع، إهمال مسؤولياتهم ونظافتهم الشخصية، الدخول في ثقافات غريبة. تزيد لا مركزية المراهقين تحت تأثير المخدرات ، وتتبعثر أفكارهم، وتتشوش معتقداتهم، ويُظهرون تقبلًا للأفكار الغريبة وكأنها معقولة. عادة ما يكون الآباء غير واعين تمامًا أو يقللون من شأن التعاطي الذي يجعل أطفالهم أكثر غرابة عما كانوا عليه. فالخوف الطبيعي هو أن يُجنّ ابنهم.

الخبر السار أن مرض المراهقة ذاتي ويستمر لوقت محدود في الغالب. معظم المراهقين يكبرون ويصبحون مراهقين عاديين. الخبر السيىء أن بعضهم لا يكبرون أسوياء، فالمشاكل التي واجهتهم في المراهقة ليست إلا مقدمة لمواجهة صعوبات الحياة في قادم حياتهم. وأسوأ الأخبار أن واحد بالمائة من المراهقين يتطور لديهم الفصام، وهو مرض نفسي خطير يتميز بالأوهام الذهانية، الهلوسات، السلوكيات والأفكار الغريبة. يمكن تجنب هذه المعاناة لو استطعنا تحديد أولئك المعرضين للإصابة بخطر الفصام وقمنا بالتدخل المبكر قبل أن يعانوا من نوبة ذهانية كاملة. من شأن ذلك أن يجنبنا ليس فقط الاختلالات قصيرة المدى، بل قد يؤدي أيضًا إلى تحسين آمال الفرد في حياته على المدى الطويل. إن منع نوبات الذهان هي من أعلى الأولويات للطب النفسي، وأحد

الشواغل الرئيسة في هذا الميدان لأكثر من عشرين سنة. لكن كيف يمكننا إيجاد الإبرة في كومة قش- كيف نستخرج ذلك المراهق غريب الأطوار الذي سيكبر ليكون ذهاني من بين العديد من المراهقين غريبي الأطوار الذين سيكبرون ويكونون أسوياء؟

يميل دسم 5_5_DSM إلى الاضطلاع بهذه المهمة الشاقة. حيث خرج باسمين مختلفين الأول «متلازمة خطر الذهان» والأخرى صعبة النطق «متلازمة أعراض الذهان الموهن». مهما كانت التسمية، فالهدف الرفيع هو تعزيز التشخيص والعلاج المبكر لمنع بداية الفصام أو على الأقل تقليص مدة التلف على مدى الحياة. لو أنجز هذا الجهد بنجاح، سيكون أعلى إنجاز طبي في تاريخ الطب النفسي. إن طموحنا أن نعمل خيرًا عظيمًا، لكن هناك خوف من أن التحديد المبكر ربما يغيّب الهدف ويقود بدلًا من ذلك إلى خطر عظيم.

النوايا الحسنة ليست كافية، بل يجب أن يكون لديك الأدوات الجيدة. ترتكز قيمة التدخل المبكر لمنع الذهان على ثلاث ركائز أساسية وضرورية- تشخيص الأشخاص الملائمين فقط، وجود العلاج الفعال، والآمن أيضًا. وتفتقر «متلازمة خطر الذهان» إلى وجود هذه الركائز الثلاثة. من شأن ذلك أن يسيىء تحديد العديد من المراهقين من غير المعرضين لخطر الذهان. ممن سيتناولون في الغالب مضادات ذهان غير تقليدية ليس لها فعالية مثبتة، ولها خطر وتعقيدات على صحتهم.

أولًا، دعونا نتعامل مع إساءة تعريف المشكلة. حتى تحت رعاية أمهر المتخصصين (أي في عيادات بحثية مختارة بعناية) اثنان من ثلاثة على الأقل ممن حصلوا على تشخيص متلازمة خطر الذهان لن يعانوا من الذهان في قادم حياتهم. تقتضي المصلحة الكبرى، أنه كلما طال عمل عيادة الأطباء البحثية، ساءت معدلات صحتها. هذا لا يعني أن المقيّمين مغفلون. بل هي هكذا، فمع مرو الوقت وانتشار السمعة، تجتذب العيادة على نحو متزايد إحالات متنوعة ويصبح من الصعوبة التثبت من الخيار الصحيح من بين العديد من المعرضين حقيقة لخطر الذهان، وممن ليسوا معرضين لخطر الذهان أساسًا.

في عالمنا الحقيقي، تصبح هذه النسبة مضحكة؛ إذ يكبر تسعة من دون وجود خطر الذهان. عادة ما يكون الباحثون في الممارسة العامة أقل خبرة من المتخصصين في عيادات البحوث، والمرضى أقرب «للأسوياء» ويصعب تمييزهم. ربما يصبح سوء التصنيف أسوأ عندما يصبح التشخيص رسميًا، وتشرع شركات الأدوية في العمل على إقناع الآباء والأطباء

بالاحتراس خاصة من غرابة السلوك لدى المراهقين[30].

إن الأطفال غير معرضين عادة لخطر الذهان، وعادة ما يتناولون أدوية وقائية تعرضهم لخطر الإصابة بالسكري والبدانة، وكافة الأضرار الصحية المفزعة التي تليها[31]. باختصار، لا يوجد أي دليل على أن مضادات الذهان فعالة في منع نوبات الذهان.

مما يزيد الأمر سوءًا، أن مصطلحات مثل «خطر الذهان» و«متلازمة أعراض الذهان الموهن» مغرقة بتهديد مشؤوم ووصمة عار يصعب إنكارها. إذ يقع على كاهل الشخص عبء قلق غير ضروري، وتقليص لطموحاته، ولربما يواجه تمييزًا محتملًا في حصوله على العمل أو التأمين أو حتى صديق- بالتالي، سيتفاقم الجانب الخطر لنسبة المخاطر غير المتوازنة أساسًا.

إجمالًا، معظم من يوصم من الأطفال بمتلازمة أعراض الذهان غير معرضين حقيقة لخطر الذهان، فالعلاج الوقائي الذي سيتلقونه في الغالب ليس وقائيًا، لكنه على الأرجح سيجعلهم بدناء، ويقلص من آمالهم الحياتية؛ الوصم بحد ذاته عبء حياتي جديد. لذلك، هذه الوصفة مأساة للفرد وكارثة للصحة العامة.

القلق / الاكتئاب المتفاوت- يُحوّل الجميع إلى مرضى

اقترح دسم 5-DSM-5 اضطرابًا جديدًا من شأنه أن يكون عزيزًا على تضخم التشخيص، وهدية عظيمة لشركات الأدوية. سهلت مجموعة معايير الدليل التشخيصي جعل الجميع مؤهلين للإصابة بهذا الاضطراب عاجلًا أو آجلًا. ربما كان اضطراب القلق/ الاكتئاب المتفاوت من أفظع المحاولات على الإطلاق (بإمراض) الحزن والقلق الوجودي العابر وغير المحدد، والذي هو جزء من الحياة اليومية. لقد حُوّلت ردة الفعل المتوقعة للأحداث السيئة- كخسارة العمل، الطلاق، المرض، أو المشاكل المالية لاضطراب نفسي. ليس من قبيل المفاجأة أن يكون اضطراب القلق/ الاكتئاب المتفاوت تشخيص غير مستقر، إذ يقدم قليلًا من القدرة على التكهن. بعد دراسة لمدة سنة، تبيّن أن معظم من شُخصوا به إما قد تخلصوا من أعراضهم، أو أنهم لا يحتاجون تشخيصًا على الإطلاق، أو حُوّلوا إلى تشخيص أكثر استقرارًا ودقة. من الحكمة أن تنتظر وتترقب، بدلًا من القفز لتشخيص لا معنى له أساسًا.

التكهن السليم والوحيد حول اضطراب القلق/ الاكتئاب المتفاوت هو إمكاناته

التسويقية الضخمة. إن تحويل مشاكل الحياة الحتمية إلى اضطرابات نفسية سيكون بمثابة منجم ذهب لشركات الأدوية- فهي مزيج مثالي من حصة سوق ضخمة واستجابة وهمية عالية. بين عشية وضحاها، سيبرز القلق/ الاكتئاب المتفاوت من حيث لا نعلم ليصبح أكثر اضطراب نفسي شائع في أميركا. حينها سترتفع نسبة مضادات الاكتئاب التي يستخدمها 11% من السكان إلى نسبة أخرى كبيرة. وقد يسود السواء أخيرًا لو أننا ندع اضطراب القلق/ الاكتئاب المتفاوت جانبًا[32].

اشتهاء المراهقين (الهيبفيليا-Hebephilia) تخلق أزمة دستورية

«اشتهاء المراهقين- الهيبفيليا» مصطلح خيالي طبي رنان، كان بمثابة حلم لأكثر من قرن مضى كمرادف للولع الجنسي بالأطفال «البيدوفيليا». البيدوفيلي هو من يفضل الأطفال في مقتبل البلوغ للحصول على الإثارة الجنسية. الهيبفيليا المزعومة هي الشهوة التي تفضل المراهقين الذين دخلوا بالفعل سن البلوغ.

لم تنتشر الهيبفيليا كاضطراب إكلينيكي، ولم يتولّد تقريبًا أي بحث عنها. لكنها أصبحت شعبية كتشخيص وهمي في جلسات الاستماع الخاصة بالانتهاكات الجنسية لتبرير الاحتجاز الوقائي للمجرمين المغتصبين، وذلك بإلزامهم بالإقامة الإجبارية في المستشفى النفسي. يُظهر لنا هذا النوع من وسائل السلامة العامة إساءة واضحة لاستخدام الطب النفسي، عبر انتهاك الضمانات الدستورية القيّمة ضد الخطر المزدوج. من دون تعقل، رأى دسم5-5-DSM مشروعية إدخال الهيبفيليا كتشخيص رسمي لكنه أسقطه بحكمة، وذلك استجابة لمعارضة جماعية من متخصصي الاضطرابات الجنسية والطب الشرعي. جاء دعم إدخال الهيبفيليا للدليل من حفنة من الباحثين عنه، ومن مقيّمي جلسات استماع العنف الجنسي الذين يكتسبون معيشتهم من تشخيصه بشكل خاطئ.

العلاقة الجنسية مع قاصر، أو مراهق يافع هي جريمة دنيئة تستحق السجن، وليست اضطرابًا جنسيًا يعالج في المستشفى. لا يوجد في طبيعة الطب النفسي أمر يختص بشأن الانجذاب الجنسي للمراهقين اليافعين. لقد أثبتت الدراسات بوضوح أن مثل هذا الانجذاب شائع وداخل ضمن نطاق شهوة الرجل الطبيعية. إذ يتفاوت سن النشاط الجنسي المغفور عنه تفاوتًا شاسعًا عبر مختلف الأزمنة والأمكنة، حيث يكون سن البلوغ الخط الطبيعي الفاصل لتوضيح الأهلية الجنسية. قبل مئة عام، كان سن الموافقة 13 سنة

في الولايات المتحدة الأميركية، ولايزال منخفضًا في أجزاء كثيرة من دول العالم النامية، ولم يتبدل في معظم دول العالم الغربي إلا مؤخرًا.

إن الانجذاب الجنسي للمراهقين مبني في طبيعة الذكر. لأن حياتنا قصيرة ويرجح أن تنتهي بشكل غير متوقع في أي لحظة، فمن المنطقي أن يسعى حمضنا النووي للتعبير في أقرب فرصة نضج جنسي. إن الانتظار الصبور على الهامش الجنسي قد ينطوي على خطر كبير من الخسارة في لعبة التزاوج. ضع في ذهنك الحقيقة المذهلة بأن متوسط عمر الوفاة هو متوسط العمر للزواج أيضًا.

تغيرت استراتيجيات التزاوج الأمثل بشكل كبير استجابة لطول الحياة المتوقع وانخفاض معدل وفيات الرضع. إذا كان من المرجح أن تعيش للسبعين فليس من المستحسن أن تبدأ طريق الجنس وإنجاب الأطفال مبكرًا. لديك الكثير من الوقت، وكلا النشاطان آمنان حينما تكون أكثر نضجًا وحكمة. لذلك رُفع السن القانوني للموافقة لحماية الشباب مما يعتبر الآن نشاطًا جنسيًا مبكرًا، نظرًا للأوضاع والتوقعات السائدة في مجتمعنا.

لكن هذا لا يعني أن الميول الجنسية محصورة. يتطلب تغيّر الشهوات الأساسية هياكل زمنية تطورية لا تقل عن عشرات، مئات، أو آلاف السنين، لكن تغيير القوانين قد يحدث بين عشية وضحاها. ليس باستطاعتنا إسكات الغرائز المتأصلة فقط لأنها لم تعد مناسبة. صانعي الإعلانات يدركون حقيقة أن أغلبية الكبار ينجذبون للمراهقين جنسيًا، فيستغلون اهتمامهم بشكل ساخر عن طريق الاستعانة بعارضي أزياء صغار السن، لعرض الملابس باستعراضات استفزازية. إن الإصرار على أن التحفيز الجنسي الناشئ من الانجذاب للمراهقين هو اضطراب نفسي لا يتماشى مع الحس السليم، الخبرة، أو أدلة البحوث. ليس جريمة أو اضطرابًا نفسيًا عندما تشتهي مراهقًا يافعًا، بل طبيعة بشرية. لكنها جريمة خطيرة في مجتمعنا أن تتصرف من خلال هذه الدوافع، مما يعتبر جريمة تستحق فترة سجن طويلة.

الأساس المنطقي الوحيد لتشخيص الهيبفيليا ربما لوصف هؤلاء الأفراد النادرين الذين لديهم هاجس محدد ومحصور بالمراهقين. لكن هناك عديد من الأسباب المقنعة لعدم إدخال التشخيص في دسم5-5-DSM تفوق بكثير الاستخدام الإيجابي المحتمل له. الهيبفيليا (إن كانت موجودة) فهي لم تُبحث، وليس لدينا أي فكرة عن الطريقة الفضلى

لتشخيصها، وما إذا كان هناك أي علاج فعال لها. ليس هناك حاجة سريرية واضحة لهذا التشخيص المقترح، ولا جيش من المساعدين يسعون للبحث عن مرتكبي الجرائم المحتملين الذين ربما يستفيدون من العلاج، على افتراض أن هناك علاج موجود. المبالغة بالاستعانة بالطب الشرعي مع مجرمي العنف الجنسي هي مشكلة أخرى بحد ذاتها. الحقيقة أن الهيبفيليين (مشتهي المراهقين) لا يشكلون إلا جزءًا صغيرًا من المجرمين الذين يسيئون لصغار السن. من واسع خبرتي، لن يتوقف مقيّمي الطب الشرعي من نشر التشخيص بشكل واسع وغير لائق كمزلق لإلزام المجرمين بالسجن النفسي في جلسات استماع مجرمي الانتهاكات الجنسي.

لسنا بحاجة لذرف الدموع على الأطفال المعتدى عليهم. لكننا سنخسر استقرارنا الدستوري متى ما سمحنا بانتهاك الحقوق المدنية، حتى لتلك الفئة التي نبغضها. إذا كانت ممارسة الجنس مع مراهق تعد اضطرابًا نفسيًا، ما الذي يمنع غدًا من أن ننزلق مرة أخرى لإعادة النظر فيما إذا كانت المثلية اضطرابًا نفسيًا أم لا، أو إمكانية استخدام الطب النفسي لقمع معارضة سياسية أو أقلية دينية. حتى لو كان هناك منفعة إكلينيكية قليلة من «الهيبفيليا» ستطغى مخاوف الطب الشرعي عليها[33].

فرط الرغبة الجنسية «اضطرابي جعلني أفعلها»

كان هذا مقترحًا آخر -غير عقلاني- من دسم5-DSM-5. لحسن الحظ، رُفض، لكن للأسف بقي حيًا نشطًا في الوسائل الإعلامية والوعي العام. أكثر النماذج تميزًا للفرط الجنسي تأتي من عوالم الرياضة، موسيقى الروك، هوليوود، والسياسة. قد يشمل المصطلح أيضًا رؤساء سابقين في الولايات المتحدة الأميركية وإيطاليا، وكذلك أبرز قادة الأعمال والحكومات. سواء كان ميكي، ويلت، ماجيك، تايغر، سيلفيو، جون ف.كينيدي، أو دون جوان، السيناريو هو نفسه لا يتغير. إذ يبدو الرجل (نادرًا ما تكون امرأة) وكأنه لا يملّ من الجنس. تفاخر ويلت تشامبرلين بالنوم مع عشرين ألف امرأة مختلفة. فقام صحفي بإحصاء الأرقام وقال لويلت أن ذلك يعني ممارستك الجنس مع ثلاث نساء في اليوم. ابتسم ويلت مداعبًا ذقنه «صحيح، يبدو كذلك».

إن الافتقار لإجماع حول ماهية السلوك الجنسي الطبيعي جعل من الصعب علينا أن نحدد ماهية الإفراط. إذ تلعب التحيزات الفردية والثقافية دورًا كبيرًا وتبرز هدفًا متحركًا.

ما هو طبيعي في نيويورك وأمستردام قد لا يكون مقبولًا في توبيكا أو مكة. ما هو طبيعي في نيويورك الآن كان يُعدّ انحرافًا قبل قرن مضى. ما هو طبيعي للرياضيين المحترفين قد لا يكون طبيعيًا لبقيتنا. هناك تباين هائل، ولا يوجد معيار واضح. ربما اعتمد الأغلبية على الفرص.

غالبًا ما يكون الفرط الجنسي أهوجًا، لكنه نادرًا ما يدل على اضطراب نفسي. البشر، وخاصة الذكور، يخونون في كثير من الأحيان إلى درجة أنه يعتبر سلوكًا طبيعيًا، وليس مرضيًا. متعة الجنس على وجه الخصوص تأتي من اعتماد الحمض النووي كليًا على الجنس من أجل البقاء. فقد زوّد التطور عقولنا بما يلزم لننقل الحيوانات المنوية والبيض للجيل التالي. إن اعتبارات الحب، الأخلاق، الولاء، والعاقبة طويلة المدى، عادة ما تغرق بسبب مقاومة منخفضة للإغراء.

في لعبة تطور الأرقام، من يملكون دافعًا قويًا للجنس يميلون لأن يكون لديهم أطفال أكثر. نظرًا لإن الإغواء الجنسي يملك قيمة بقاء قوية لحمضنا النووي- لذا نقوم بهذه العملية الجنسية. ربما يدعو ذلك للأسف، لكن هكذا يعمل الانتقاء الطبيعي كجزء متوقع من الحياة الطبيعية، وليس اضطرابًا نفسيًا. فازت جينات جنكيز خان في لعبة حمقاء لأنها عاشت في ملايين الأحفاد في العصر الحديث. لن يرث الأرض من لديه سلوك جنسي معتدل.

إن صبغ السلوك الجنسي السيىء بطابع مرضي يعدّ خطأً فادحًا- بحيث يقلص إحساس المسؤولية الفردية للمجرم، ويقدم عذرًا نفسيًا غير ملائم لمتبعي مذهب المتعة[34].

من تضخم التشخيص إلى فرط تضخم التشخيص

مثلما أنه ليس من الحكمة إضافة زيادة نقدية عندما يكون هناك تضخم نقدي، ليس من الحكمة أيضًا إيجاد تشخيصات جديدة عندما يكون هناك وفرة في تضخم التشخيص. فشل دسم5-5-DSM في فهم الحاجة لضبط النفس، وعوضًا عن ذلك ابتدع حقلًا جديدًا من البدع الجديدة مضافة لتلك الموجودة بالأصل. من شأن هذا الفعل أن يشرّع الباب بشكل أوسع ويسمح بتشخيصات فضفاضة أكثر، مما يزيد من نسبة تناول العلاجات غير المناسبة[35]. في عالم عقلاني، سيتخذ دسم5-5-DSM اتجاهًا معاكسًا لاحتواء تضخم التشخيص وتقييد العلاج لحالاتٍ تحتاج له حقيقة. ضرر دسم5-5-DSM قد وقع

بالفعل، ولا يمكن التراجع عنه بسهولة. لعل عزاؤنا الوحيد هو أن الجدل القائم حوله قد ضعفت مصداقيته بشكل واسع بعد إثارة المخاوف بشأن الأضرار الناجمة عن تضخم التشخيص. فهناك العديد من الأطباء ممن اطلعوا وامتنعوا عن إعطاء دسم5ـ5ـDSM سلطة «كتاب مقدس» غير مستحقة، ولربما يكونون أكثر حذرًا بشأن التشخيص ووصف الدواء. كما أصبح العديد من المرضى المحتملين متيقظين لعدم قبول تشخيص يبدو غير منطقي لهم.

الهوامش

(1) A. J. Frances, «A warning sign on the road to DSM-V: Beware of its unintended consequences,» **Psychiatry Times** 26, no. 8 (2009): 1–4.

2. A. Frances, «Opening Pandora's Box: The Nineteen Worst Suggestions in DSM-5,» Psychiatric Times (March and April 2009): **http://www.psychiatrictimes.com/print/article/10168/1522341.**

(2) Laura Batstra and Ernst Thoutenhoofd, «The Risk That DSM-5 Will Further Inflate the Diagnostic Bubble,» **Current Psychiatry Reviews** 8, no. 4 (November 2012): 260–63.

(3) Joel Paris, MD, «The Risk That DSM-5 Will Give Personality Dimensions a Bad Name,» **Current Psychiatry Reviews** 8, no. 4 (November 2012): 268–70.

5. A. J. Frances, «Dimensional diagnosis of personality—not whether, but when and which,» **Psychol Inq** 4 (1993): 110–11.

(4) Dayle K. Jones, PhD, «The Risk That DSM-5 Will Reduce the Credibility of Psychiatric Diagnosis,» **Current Psychiatry Reviews** 8, no. 4 (November 2012): 277–80.

(5) A. Frances, «Whither DSM-5,» **British Journal of Psychiatry** 195, no. 5 (November 2009): 391–92.

(6) A. Frances, «The First Draft of DSM-V,» **British Journal of Psychiatry,** March 2, 2010, **http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1168?tab=responses.**

(7) James Phillips, MD, and Allen Frances, MD, «The Seven Biggest Risks Posed by DSM-5,» **Current Psychiatry Reviews** 8, no. 4 (November 2012): 257–59.

(8) Dayle K. Jones, «A Critique of the DSM-5 Field Trials,» **Journal of Nervous & Mental Disease** 200, no. 6 (June 2012): 517–19; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c699.

11. A. Frances, «Limitations of Field Trials,» **American Journal of Psychiatry** 166, no. 12 (December 2009): 1322.

(9) Martin Whitely and Melissa Raven, PhD, «The Risk that DSM-5 Will Result in a Misallocation of Scarce Resources,» **Current Psychiatry Reviews** 8, no. 4 (November 2012): 281–86.

(10) Gary Greenberg, PhD, «The Risk That DSM-5 Will Affect the Way We See Ourselves,» **Current Psychiatry Reviews** 8, no. 4 (November 2012): 287–89.

(11) F. Leibenluft and others. «Chronic vs. episodic irritability in youth: A community-based,

longitudinal study of clinical and diagnostic associations,» **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology** 16 (2006): 456–66.

(12) S. Crystal, M. Olfson, C. Huang, H. Pincus, and T. Gerard, «Broadened use of atypical antipsychotics: Safety, effectiveness, and policy changes,» **Health Affairs** 28, no. 5 (2009): 770–81.

(13) Bradley T. Hyman and others, «National Institute on Aging–Alzheimer's Association guidelines for the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease,» **Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association** 8, no. 1 (2012): 1–13.

(14) L. M. Schwartz and S. Woloshin, «How the FDA forgot the evidence: the case of donepezil 23 mg,» **BMJ** 344 (2012): 1086.

(15) Worst Pills, Best Pills, «Aricept,» **Public Citizen, September 2012 (accessed September 5, 2012); https://www.worstpills.org/results.cfm? drug_id=217&x=34&y=6.**

(16) Ethical Issues in Diagnosing and Treating Alzheimer's Disease: **http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990623.**

(17) J. I. Hudson, E. Hiripi, H. G. Pope Jr., and R. C. Kessler «The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication,» **Biological Psychiatry** 61, no. 3 (2007): 348–58.

(18) Joanna Moncrief and Sami Timimi, «Critical analysis of the concept of adult attention-deficit hyperactivity disorder,» **The Psychiatrist** 35 (2011): 334–38; doi: 10.1192/pb.bp.110.033423.

(19) A. G. Harrison, M. J. Edwards, and K. C. Parker, «Identifying students faking ADHD: Preliminary findings and strategies for detection,» **Archives of Clinical Neuropsychology** 22, no. 5 (2007): 577–88.

(20) C. A. Quinn, «Detection of malingering in assessment of adult ADHD,» **Archives of Clinical Neuropsychology** 18, no. 4 (2003): 379–95.

(21) B. K. Sullivan, K. May, and L. Galbally, «Symptom exaggeration by college adults in attention-deficit hyperactivity disorder and learning disorder assessments,» **Applied Neuropsychology** 14, no. 3 (2007): 189–207.

(22) Jerome C. Wakefield and Mark F. Schmitz, «Recurrence of Depression After Bereavement-Related Depression: Evidence for the Validity of DSM-IV Bereavement Exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study,» **Journal of Nervous & Mental Disease** 200, no. 6 (June 2012): 480–85; doi: 10.1097/NMD.0b013e318248213f.

. «Living with Grief» **(editorial) Lancet** 379, no. 9816 (18 February 2012): 589. doi: 10.1016/S01406736(12)60248-7.

. Arthur Kleinman, «Culture, Bereavement, and Psychiatry,» **The Lancet 379, issue 9816 (February 18, 2012): 608–609, doi:10.1016/S0140- 6736(12)60258-X.**

. Richard A. Friedman, MD, «Grief, Depression, and the DSM-5,» **N Engl J Med** 366 (May 17, 2012): 1855–57.

. Joanne Cacciatore, «Blog Post Goes Viral: MISS Foundation + Over 75K Readers Denounce DSM-5 Changes to Bereavement Exclusion,» PR Web, posted March 6, 2012; **http://**

www.prweb.com/releases/DSMV_EthicalRelativism/Cacciatore/prweb92 (accessed September 5, 2012).

(23) Ron Mihordin, «Behavioral Addiction – Quo Vadis?» **Journal of Nervous & Mental Disease** 200, no. 6 (June 2012): 489–91; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c503.

(24) R. Collier, «Internet addiction: New-age diagnosis or symptom of age-old problem?» **Canadian Medical Association Journal** 181, no. 9 (2009): 575–76.

(25) Wikipedia «Oniomania,» last modified Auguat 4, 2012; **http://en.wikipedia.org/wiki/Oniomania**.

(26) Wikipedia. «Workaholic.» last modified August 22, 2012; **http://en.wikipedia.org/wiki/Workaholism.**

(27) Wikipedia, «**Exercise Addiction**,» lasted modified June 29, 2012; **http://en.wikipedia.org/wiki/Exercise_addiction.**

(28) Wikipedia, «Tanning Addiction,» last modified August 2, 2012; **http://en.wikipedia.org/wiki/Tanning_addiction.**

(29) Jane Collingwood, «Does Chocolate Addiction Exist?» **PsychCentral.com, http://psychcentral.com/lib/2006/does-chocolate-addiction-exist.**

(30) Alison Yung, MD, «Should attenuated psychosis syndrome be included in DSM-5?» **The Lancet 379, issue** 9816 (February 18, 2012): 591–92; doi:10.1016/S0140-6736(11)61507-9.

Peter J. Weiden, MD, «The Risk That DSM-5 Will Promote Even More Inappropriate Antipsychotic Exposure in Children and Teenagers,» **Current Psychiatry Reviews** 8, no. 4 (November 2012): 271–76.

C. M. Corcoran, M. B. First, and B. Cornblatt, «The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: A risk-benefit analysis,» **Schizophr Res** 120 (2010): 16–22.

Colin Ross «DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome': Eight reasons to reject it,» Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches 2, no. 2 (2010): 107–10; **http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17522431003763323.**

(31) A. Jennex and D. M. Gardner, «Monitoring and management of metabolic risk factors in outpatients taking antipsychotic drugs: a controlled study,» **Can J Psychiatry** 53 (2008): 4–42.

(32) Neeltje M. Batelaan, Jan Spijker, Ron de Graaf, and Cuijpers, «Mixed Anxiety Depression Should Not Be Included in DSM-5,» **Pim Journal of Nervous & Mental Disease** 200, no. 6 (June 2012): 495–98, doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c4c9.

K. Walters and others, «Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care,» **Br J Psychiatry** 198, no. 6 (June 2011): 472–78.

(33) A. J. Frances, «The forensic risks of DSM-V and how to avoid them,» **J Am Acad Psychiatry Law** 38 (2010): 11–14.

P. Good and J. Burstein, «Hebephilia and the Construction of a Fictitious Diagnosis,» **Journal of Nervous & Mental Disease** 200, no. 6 (June 2012): 492–94; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c4f1.

Allen Frances, MD, «The Risk That DSM-5 Will Exacerbate the SVP Mess in Forensic Psychiatry,» Current Psychiatry Reviews 8, no. 4 (November 2012): 264–67.

(34) A. J. Reid Finlayson, John Sealy, and Peter R. Martin, «Sexual Addiction and Compulsivity,» **Journal of Treatment & Prevention** 8, no. 3–4 (2001): 241–51; doi:10.1080/107201601753459946

(35) R. C. Kessler, K. R. Merikangas, P. Berglind, W. W. Eaton, D. S. Koretz, and E. E. Walters, «Mild disorders should not be eliminated from the DSM-5,» **Arch Gen Psychiatry** 60 (2003): 1117–22.

القسم الثالث

العودة إلى السواء

الفصل السابع

ترويض تضخم التشخيص

هناك دائمًا حلٌ واضح، سهلٌ، وخاطئ، لكل مشكلة معقدة.

هـ. ل. مينكن

هناك عدة أسباب معقدة ومتبادلة لتضخم التشخيص، ولحلّها يتطلب الأمر مزيدًا من العلاجات المعقدة والمتبادلة، ثم لن تفلت النتيجة بعد ذلك من مظنة الشك. إن ما يجب القيام به واضح تمامًا، لكن لا قيمة لوجود عقلية تعلم ما تريد لكنها لا تمتلك قوة لتعمل من خلالها. معظم القوى السياسية والمالية تدفع باللاسواء، بينما قوى الثقل المقابل التي تدفع بالسواء لا تقوم بعمل توازن، إضافة إلى أنها ليست قوية بصورة كافية. لكن الأمل يتجدد أحيانًا من تلقاء نفسه. وبين الفينة والآخر يرث الأرض حليم، خاصة إذا كان الحق يقف معه. من المفاجئ أن المعجزات الاجتماعية والصحية تحدث أحيانًا حينما لا يتنبأ أحد بحدوثها. خلافًا لكل التوقعات، انتخبنا رئيسًا أسودَ، قمنا بتمرير قانون زواج المثليين، وبدلنا صورة التدخين من جذابة ومتطورة إلى عادة سيئة. لذلك، من قال إننا لا نستطيع التحكم في بهيمية تضخم التشخيص وإنقاذ العالم من توسع انتشار الأمراض النفسية بشكل وبائي. إليكم طريقة العمل.

نحن نقاتل ضد شركات الأدوية في معركة منتهية

لأربعين عامًا، كنا في حرب ضد عصابات الأدوية، حرب يستحيل أن ننتصر فيها. في تلك الأثناء، كنا على وشك بدء حرب مختلفة ضد إساءة استعمال الأدوية المشروعة، حرب يحتمل ألا نخسرها.

أصبح حظر المخدرات في الشوارع واسعًا كما كان حظر الكحول في العشرينات[1]. عُدّ اعتقال أحد مدمني المخدرات أو مصادرة كميات من الهيروين، الكوكايين أو الأمفيتامين، والتي تعادل قيمتها ملايين الدولارات مجرد عنوان لافت، لكن هذا الأمر لم يحدّ من المشكلة. لايزال سعر المخدرات ثابتًا، وهو ليس عاليًا بما يكفي لإيقاف تعاطيه. هناك مصادر جديدة دائمًا، وعلى استعداد دائم لملء فراغ الشحنات المفقودة، ومهما كانت مصادرة العقاقير مثيرة للإعجاب، إلا أن هناك كميات خيالية تُهرب بدلًا منها. هذه النماذج لا تتأثر عادة بإفلاس أكبر سوق للمخدرات، مما يجعل حملات حظر المخدرات حملات خيالية وزائفة لا أكثر.

وبالمثل، فإن أخبار اعتقالات موردي المخدرات أو وفاة أحد زعمائهم ليست بذي أهمية. فهي لا تؤثر بالمناسبة على توفرها في الشوارع، بل ربما تزيد من حوادث القتال التي تنشأ من سلبياتها الحتمية. والنتيجة النهائية مزيد من القتل، والفساد، دون الحد من ترويج المخدرات. إن تجارة المخدرات منظمة تنظيمًا جيدًا وذكيًا كما هو متوقع لأي مشروع تجاري ضخم، مربح بشكل عال، ومتعدد الجنسيات. تتّبع هذه التجارة نماذج تجارية وهياكل مشتركة تُماثل هياكل منافسيها في صناعة الأدوية. إن نجاح شركة مثل فايزر، أو إيلي ليلي، أو جينسن لا يعتمد على هوية رئيسها التنفيذي. لقد بنى هؤلاء إجراءات تشغيلية وبُنى تحتية تهيمن على القرارات التجارية وتضمن أرباحًا مستمرة، بصرف النظر عن اسم المسؤول عنها في ذلك الوقت. بينما تبدو تجارة المخدرات أكثر عنفًا (وقاسية نوعًا ما) لكن هياكلها الإدارية مؤثرة بنفس القدر حينما يأتي الأمر للسعي الطويل نحو جني الأرباح. إن التخلص من أحد رؤوس عصابات المخدرات لا يؤثر بقوة عليها، فتجارة المخدرات شر أفعواني يتشعب بمرونة، ولن يعيق تشعبه مزيد من المطالبين بالزعامة.

كان هناك أثر رئيس في الحرب على المخدرات، وهو ازدياد التعاون بين اتحادات المنتجين أو المصنعين لها. وقد وفر لهم ذلك غايات ودوافع لدخول سباق أسلحة عسكري وسياسي مع بعضهم البعض، إلى جانب الحكومات الرسمية، فتشتري المسؤولين بالمال وترهبهم بالرصاص؛ لتزعزع بذلك استقرار الدول الضعيفة التي تعاني من حروب أهلية مستمرة[2]. لقد قمنا بهذه التجربة مرارًا وتكرارًا، وعلينا ألا نقبل هذه النتائج، خضنا حربًا ضد المخدرات وخسرناها وإن واصلنا الحرب سنخسرها مرة أخرى.

علينا الاعتراف بأن إساءة استعمال الأدوية أصبحت مشكلة صحية عامة، أكبر من

مشكلة ترويج المخدرات في الشوارع. من غير المقبول أن يكون ما نسبته سبعة بالمائة من سكاننا مدمنون على استعمال الأدوية التي تتطلب وصفة طبية، وأن معدل الوفيات جراء استهلاك جرعات زائدة من الأدوية يتجاوز معدل الوفيات بسبب المخدرات غير المشروعة[3]. أصبحت المنتجات التي تدفع بها شركات مثل فايزر وإيلي ليلي (وبعدد هائل) أكثر خطورة من مخدرات الشوارع التي يروجها صبية العصابات. هناك تناقض ملحوظ بين سياسة القرارات التي نتخذها وبين سياسة الصحة العامة. فنحن نبدد ثروة في حرب خاسرة ضد المخدرات غير المشروعة، بينما بالكاد نحرك ساكنًا لنحارب ضد إساءة استعمال الأدوية[4]، حرب من السهل أن نفوز بها.

الجميل في الأمر، أن أصحاب شركات الأدوية أضعف أمام القانون مقارنة بزعماء عصابات المخدرات. من السهولة أن نسيطر عليهم لو أننا فقط نملك القوة السياسية لنتحكم بهم. إيلي ليلي، استرازينكا، جينسن، آبوت، بوردو وغيرها، لديهم ميزة أعظم من اتحادات ساينولا، تيخوانا، خواريز التي يمكن أن تعمل بشكل قانوني وتتمتع بحماية كبيرة. حيث يمكنهم تسويق (أي: الدفع بمنتج) بصورة علنية عن طريق التلفاز، الإنترنت، والإعلانات المطبوعة[5] التي توزع بمبالغ زهيدة في الصيدليات والمستشفيات، يشترون السياسيين قانونيًا بحملة مساهمات وفتح لأبواب الوظائف[6]. هم ليسوا بحاجة للخوف من اعتقال الشرطة أو اغتيال من الشركات المنافسة، بيد أن اعتمادهم على القانون هو نقطة ضعفهم، مما يجعل مسوقي هذه الأدوية ضعفاء إلى حد كبير. فلربما حظر القانون ممارساتهم المريبة لينهي أسوأ حالات النهب بين ليلة وضحاها.

إن علاج تضخم التشخيص الناجم عن شركات الأدوية لا يحتاج علمًا خارقًا، ولا مهارات عالية في التنظيم والقانون أو الاستعانة بالشرطة. إذ لا يمكن أن تكون قائمة الأمور التي يتعين علينا فعلها أكثر وضوحًا وسهولة من ذلك، لكن الخطوة الأولى يجب أن تبدأ من السياسيين، أن يقولوا لا «للمداهنات المالية من قبل شركات الأدوية وإسهامات حملتها الضخمة، وعروض وظائفها المستقبلية المغرية».

تفكيك ماكِنة التسويق

لقد ازدهرت صناعة الأدوية النفسية من خلال الانتشار الواسع للمعلومات المضللة. حيث تملك السوق الكبرى للأدوية موارد مالية غير محدودة تقريبًا، إضافة للقوة السياسية

والبراعة التسويقية، إلى جانب طمعها بأسواق جديدة وأرباح أكبر[7]. كل ذلك يمكن أن ينقلب للضد لو امتلك السياسيون دوافعًا للتغيير. ليس من الصعب القيام بتغييرات في السياسة المتبعة، فمعظمها موجودة في كثير من دول العالم، وربما تسهم في الحد، إن لم يكن القضاء، على إساءة استعمال الأدوية التي تتطلب وصفة طبية.

أربع عشرة طريقة لترويض شركات الأدوية الكبرى:

- حظر الإعلانات المباشرة للمستهلك في التلفاز، المجلات، الإنترنت.
- حظر رعاية شركات الأدوية لمآدب العشاء، الرحلات، الهدايا الترويجية، التعليم الطبي المستمر للأطباء وطلاب الطب[8].
- حظر الدعم المالي للمنظمات الطبية المهنية.
- لا مزيد من المندوبين اللطيفين في غرف انتظار الأطباء.
- منع العينات المجانية[9].
- حظر التسويق دون علامة تجارية[10].
- لا مزيد من انتخابات قادة الفكر[11].
- إيقاف تمويل شركات الأدوية لهيئة الغذاء والدواء.
- فرض غرامات مالية أكبر وإقرار عقوبات جنائية أشد ضد المدراء التنفيذين المخالفين وكذلك الشركات[12].
- تقليص مدة شهادة الامتياز المسجلة للشركات في حال مخالفتها للقوانين.
- إيقاف تمويل مجموعات حماية المستهلك[13].
- لا مزيد من الحملات التوعوية بالأمراض[14].
- حظر المساهمات المجهولة للسياسيين.
- الحجر على السياسيين، المحررين الإعلانيين، والموظفين البيروقراطيين المشاركين في وضع قوانين شركات الأدوية لمدة ثلاث سنوات قبل الانضمام لشركات الدواء كإداريين أو موظفين.

لا يمكن أن نتوقع إصلاحًا تلقائيًا من شركات الأدوية. ذلك لأنها لا تملك دافعًا للتغيير بكل بساطة، فالأرباح تزداد والمساهمون سعداء، فالمهمة الرئيسة لهم جني مزيد من الأرباح بأكبر قدر ممكن. بصرف النظر عن الاحتجاجات المناهضة إلا أن خدمة المصلحة العامة تقع في أدنى قائمة أولوياتهم. إن حماية العامة من المعلومات المضللة واحتكار الأسعار أمر واجب. وإن وجود القوانين مكتوبة لا يحدّ من هذا الجشع، إلا إذا كان كسر التكلفة المادية يتجاوز المكسب، أو أن يسجن عدد من المدراء التنفيذيين للشركات. تلتهم شركات الأدوية الكبرى أكبر قدر ممكن من الأرباح ما دام باستطاعتها ذلك، إلى أن تُوقف. تقوم بعض الدول الأخرى بعملٍ أفضل بكثير من مجرد التحكم بتجاوزات سوق الأدوية كما نفعل نحن، ربما لأن المالَ لا يتحول بسرعة إلى قوة سياسية عند معظم الديمقراطيات الأخرى. أفضل أمل للإصلاح هو أن نواصل الغضب الشعبي على إسكاتنا، كما قال إبراهام لينكون: «يمكنك خداع البعض طوال الوقت، ويمكنك خداع كافة الناس لبعض الوقت، لكنك لن تستطيع خداع الجميع طوال الوقت».

التحكم في التوزيع، ونصائح مستعارة من بطاقة (ماستر كارد)

إن تضخم التشخيص وتعدد الأدوية يمضي جنبًا إلى جنب ليكون أداة قاتلة، وما نقوم به للحد من أسباب الوفيات والإعاقات جهد لا يذكر، خاصة وأن سبيل الإصلاح متوفر وسهل للقضاء على فرط استهلاك الجرعات الدوائية. في أي وقت تحتسب رسوم شراء مريبة على بطاقتك الإئتمانية، ستُكشف وتُوقف بطاقتك مؤقتًا حتى يتبين أنك المشترِ، تفعيل هذا النظام الفعال مزعج أحيانًا، خاصة إذا أردت استخدام بطاقتك في بلد أجنبي دون أن تؤكد على سفرك. لم لا يكون هناك نظام تنبيه فعال ومماثل للتحكم بفرط وصف الأدوية النفسية ومسكنات الألم؟ إذا كان لدينا تكنولوجيا تمنع الاحتيال على مئات الدولارات، من السخف ألا يكون لدينا تكنولوجيا مماثلة للحد من الوفيات الناتجة عن فرط استهلاك جرعات دوائية.

اتضح أن ترويج المخدرات أمر يستحيل السيطرة عليه، رغم الجهود المكلفة لحظر تهريبه على الحدود أو ترويجه في الشوارع. بينما يسهل التحكم بانتشار صرف الأدوية دون وصفة طبية عن طريق ربط الصيدليات بأجهزة الكمبيوتر المراقبة. وبالإمكان وضع علامة على أي تعاملات مشبوهة (مثل، صرف عدد كبير من الأدوية المختلفة بالتوالي، أو

جرعات عالية من دواء معين، أو وصفة طبية متكررة، أو وصفة طبية متكررة لكن من أطباء مختلفين) من شأن هذا الأمر أن يوصلنا أيضًا إلى الأطباء الذين يُفرطون في وصف أدوية لمرضاهم. إذا كان هناك مبرر جيد لمقترح معطى فسوف يسمح لنا بالمضي قدمًا (يطابق هذا شرحنا للماستر كارد وسبب الشراء الذي يستدعي تنبيهًا بالاحتيال)، ربما يحدد لنا ذلك هوية هؤلاء الأطباء وأدويتهم المهلكة ونُوقف مسيرتهم.

بإمكاني الإتيان بثلاثة اعتراضات محتملة في ذهني، وجميعها ضعيفة نظريًا. الأول: الحساب، من سيدفع مقابل هذا؟ وهذا سخيف لأننا نبدد ثروة ونفشل في إيقاف تهريب المخدرات على الحدود لأن من المستحيل إيقافها. لكن صيدلياتنا المطابقة لتلك الحدود لكونها بمثابة نقاط توزيع لأدوية مشروعة، من السهل عليها وضع أجهزة كمبيوتر حارسة لا تنام أبدًا، ومن غير المعقول أن نتساءل عمن يدفع لنظام الحراسة هذا، ينبغي أن تأتي الرقابة المالية عبر فرض ضريبة صغيرة على إيرادات سوق الأدوية العملاق.

الاعتراض الثاني: كيف يمكننا إخضاع جميع شركات الأدوية والصيدليات لهذا النظام؟ أليست الوصفة الطبية وصرف الدواء أمر مبعثر للغاية لكي يُخضع لتحكم مركزي؟ كلا، على الإطلاق، يمكن بسهولة إجبار سلسلة الصيدليات وأنظمة إيصال الطلبات على الإنترنت بالامتثال لنظام الحد من إساءة استعمال الأدوية دون وصفة طبية.

أما الاعتراض الثالث: فلا ميزة له، أليس النظام التحذيري هو غزو محتمل لخصوصية الفرد من قبل الأخ الأكبر، خاصة لو وقع في اليد الخطأ التي ربما تقود لإساءة استعماله؟ ربما تكون هذه الحجة قوية لو أن الحاجة للحد من استهلاك الدواء دون وصفة طبية ليست حاجة ملحة، وأن الخصوصية في صرف الدواء ضعيفة في الأصل بالنظر لسجلات الحفظ والمراقبة الموجودة بالفعل. إن وجود نظام تحذيري من شأنه أن يعود بفائدة عظيمة، ويكبّده أقل الأخطار المحتملة على عاتقه.

هل سيكون لذلك تأثير أكبر على تفاقم التشخيص؟ نعم، لأن الوضع سيصبح معكوسًا. كلما سهّل التشخيص الحصول على الدواء، كلما تكرر حدوث ذلك. فإذا علم الأطباء أن هناك عينًا تراقبهم وتترصد لهم، سيتشددون في التشخيص الفضفاض، وفرط وصف الأدوية لمرضاهم.

هذه هي المعركة الوحيدة التي يمكن أن نكسبها وينبغي علينا خوضها.

أُفول الأدوية السيئة

تُمضي هيئة الغذاء والدواء وقتًا طويلًا (مع ذلك ليس كافيًا) لفحص الأدوية الجديدة قبل نزولها للسوق. لكن بمجرد أن تنضم الهيئة للحزب، سيحصل الدواء على انتفاع من تسويقه مدى الحياة. إلا إذا كان للدواء مضاعفات شديدة أو تسبب في وفاة أشخاص، عدا ذلك فالدواء سيُسوّق لعقود دون ملاحظة. يعاني برنامج مراقبة الأدوية بعد المصادقة عليه من هيئة الغذاء والدواء من نقص في التمويل، وهو ليس مجهزًا لمراقبة جميع أدوية السوق الضارة وعديمة النفع.

نأخذ الزاناكس على سبيل المثال، فقد ظهر في فترة الثمانينات كدواء معجزة؛ ليحلّ بديلا عن الفاليوم والليبريوم، تقبله المرضى فأصبح يصرف مرارًا وتكرارًا من قبل أطباء الرعاية الأولية. لكن أرباح الدواء كانت عجيبة أكثر مما كانت فائدته. عادة ما تكون جرعته العلاجية عالية أحيانًا بما يكفي للوصول لمرحلة إدمان، حيث أن أعراض القلق الانسحابي كافية لإبقاء المريض مدمنًا طوال حياته. ولربما أدت المراحل الانسحابية لأعراض قلق ونوبات ذعر أسوأ مما كان يعاني منه المريض[15]. كان وجود الزاناكس مألوفًا باستمرار مع الأدوية الطبية الأخرى والكحول في حوادث الجرعات الزائدة «علاجية المنشأ» والوفيات[16]. إن حدث ذلك كدور من الممارسة الطبية اللائقة، فهو دور لا يذكر. لو كان هناك حرب ضد إساءة استعمال الأدوية الموصوفة، سيكون الزاناكس ضحية مبكرة، لكن، وتحت إدارة السياسات الحالية، لا تملك هيئة الغذاء والدواء أي آليات لكبح الأدوية التي تضر أكثر مما تنفع. نحن بحاجة لوسائل أفضل للقضاء على تلك الأدوية السيئة.

ترويض الأطباء

يحاول معظم الأطباء أن يكونوا على قدر من المسؤولية حينما يصفون الدواء، لكن قليل من الفساد يمكن أن يؤدي لضرر كلي. هؤلاء الأطباء بالنسبة لتجار الأدوية مثل الصبي المروج بالنسبة لتجار المخدرات. من السهل جدًا تحديد «هذه الوسائل الدعائية» بواسطة المراقبة والتدقيق الطبي. يقضي أولئك الأطباء فترات قصيرة جدًا مع معظم المرضى. يشخصون معظم مرضاهم في ذلك الوقت المحدود المخصص لهم، وغالبًا ما تكون هذه التشخيصات نفسها لكل مريض. يكتبون معظم الوصفات الطبية لأدوية متعددة لكل مريض بأعلى متوسط للجرعات، وكل مريض يمكن أن يكون لديه نفس مجموعة الأدوية.

يحاسبونهم أيضًا على كل زيارة وقد ينسون أحيانًا اسم المريض أو مشكلته. يحضرون مناسبات الشركة بدقة، وأحيانًا يتحدثون فيها بإطراء عن آخر دواء مطروح. مكاتبهم جاذبة عادة لمندوبي الأدوية، وجميعهم على علاقة ودية مع السكرتارية. مكاتبهم تغرق عادة بعروض شركات الأدوية ومعداتها. ولربما قادت هذه الوسائل الإعلانية لسيارة أفضل واستقرار في منزل أحسن. إن وفاة مريض جراء تناول جرعة زائدة من دواء وصفه لنفسه (ربما بمساعدة الكحول قليلًا)، لكنه لم يكن منضبطًا في جرعته، تعدّ ركنًا من أركان المجتمع المهني الطبي، وتنبئ كثيرًا بمهاراته/ ها الطبية بشكل عال. (لقد كتبت كتابًا آخر يُعنى بـ(أساسيات التشخيص النفسي) ويوفر نصائح للتشخيص الدقيق لكل اضطراب نفسي وتحذيرات حول تجنب التضخم في التشخيص).

يمكن لأكثر النظم البدائية لمراقبة الأدوية أن تكشف بسهولة الوسائل الإعلانية، وتصنفها على أنها قيم متطرفة بالنسبة للممارسات الطبية السليمة. إن أبسط وسائل مراقبة الجودة ستجبرهم على تبرير قراراتهم وتبعثر أوراقهم. إن الانضباط المهني لأحد الأعضاء سيجرّ الآخر على الخط، أما التشهير العلني فسوف يكون ضابطًا لهم جميعًا. يمكن أن نقوم بذلك على أنها حرب شاملة على إساءة استعمال الأدوية المشروعة. هي قائمة الآن، لكن ليس بشكل كلي. معظم الرعاة يروجون لتجارتهم مع وجود حصانة، والمرضى هم من يدفع ثمن العجز، وربما الموت أحيانًا. يمكن الحد من فرط استهلاك الدواء خلال أشهر إذا كانت المراقبة والتحكم بالجودة تعمل بصورة مناسبة.

ترويض الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية

إن معايير الدليل التشخيصي الفضفاضة بحاجة إلى تضييق، لكونها سببًا في حدوث تضخم في التشخيصات النفسية. لن يكون ذلك الأمر سهلًا، ذلك لإن نشوء تلك المشكلة قد استغرق ثلاثين عامًا، وتفاقم الوضع مع ورود الطبعة الخامسة من الدليل. لكن الأخطاء تصحح نفسها بمرور الوقت، وقد حان الأوان لبداية التصحيح. يجب أن تتغير معظم عتبات التشخيصات الموجودة، لتتطلب مزيدًا من الأعراض و/ أو مدة أطول و/ أو تدهورًا مضاعفًا. ثم علينا أن نتوقف عن إضافة المزيد من التشخيصات الجديدة، إلا إذا كان هناك أسباب مقنعة تستدعي ذلك.

من الضروري أيضًا أن يتخفف هذا الدليل من بعض مسؤولياته، وينفصل عن القرارات

التي كانت تعتمد على وجود أو غياب تشخيص نفسي. فيجب أن تقوم خدمات المدرسة على تقييم شامل للحاجة التعليمية، ليس فقط على وجود أو غياب التشخيص النفسي. اضطرابات مثل التوحد وتشتت الانتباه يجب أن تحدد لأغراض سريرية وليست تعليمية، ولا تعمل كمحددات لقرارات الفصول الدراسية. فقد تتفاوت مستويات الضعف التعليمي بين الأشخاص الذين لديهم التشخيص نفسه. وبالمثل، ينبغي أن يكون الحصول على إعانات الإعاقة وغيرها من المزايا قائم بشكل أكبر على مستوى الضعف الوظيفي للمريض، وبشكل أقل على ما إذا كان لديه تشخيص نفسي أو عدم ذلك. ثم لا ينبغي الاعتماد التام على الدليل التشخيصي في الإجراءات القانونية.

من المعتاد أن التشخيص النفسي مجرد أداة إكلينيكية متواضعة بتأثير خارجي قليل. في الوقت الحالي، تنامت سرعة الوصول للدليل التشخيصي والإحصائي ليغدو حكمًا لكثير من القرارات خارج نطاق اختصاصه. من شأن هذا أن يضيف مزيدًا من الثقل، أكبر مما يمكن أن يتحمله نظام التشخيص، ويزيد من تضخم التشخيص مادام الأطباء يضخمون تشخيص مرضاهم ليحصلوا على خدمات وفوائد إضافية. إن وجود دليل تشخيصي بأهمية أقل يعني وجود دليل تشخيصي أفضل، وتشخيص أدق.

أهمية إيعاز التشخيص النفسي إلى الأطباء النفسيين

تولى الاتحاد الأميركي للطب النفسي، في القرن الماضي، احتكارًا نقابيًا على التشخيص النفسي. حدث ذلك عبر خطأ تاريخي لم يخطط له. حتى عام 1980 ومع وجود الدليل التشخيصي الثالث- لم يكن الدليل التشخيصي الأول بذي أهمية، وكانت إدارته تشكل عبئًا، لأنه، حسبما يفترض الاتحاد، لم يهتم بجذب مزيد من الرعاة الرسميين إطلاقًا. بعد ذلك اللحين تغيرت الأمور بشكل درامي، فتعاظمت أهمية التشخيص النفسي، وتقلصت كفاءة الاتحاد الأميركي للطب النفسي.

كان دسم 5-DSM-5 القشة التي قصمت ظهر البعير واستدعت تحركًا عاجلًا. لقد أثبتت هيكلة الإتحاد الأميركي للطب النفسي عجزها قياديًا. حيث لم يُفحص تأثير التغييرات التي اقترحها الباحثون بما يكفي ليُدفع بنظرياتهم الظريفة إلى العالم الحقيقي. بينما كان أطباء الرعاية السريرية، علم الوبائيات، اقتصاديات الصحة، الطب الشرعي، والسياسة العامة مُبعدين خارج الدائرة. فمعظم القرارات تُتخذ من قِبل ولأجل الأطباء

النفسيين، متجاهلين حقيقة أنهم يشكلون سبعة بالمئة من أطباء الصحة النفسية في العالم، ولا يكتبون الآن إلا القليل من وصفات الأدوية لكافة الأدوية النفسية. لم يتعامل الاتحاد مع الدليل التشخيصي كما لو أنه مصدر ثقة للعامة، بل عُومل بدلًا من ذلك كمنتج للنشر ومصدرًا للربح.

أثبتت حماقات الدليل التشخيصي أن التشخيصات النفسية قد كبُرت على الاتحاد الأميركي للطب النفسي- وأصبحت أكثر أهمية لجوانب الحياة من أن تترك في يد منظمة مهنية صغيرة واحدة، لا تملك إلا مجموعة مهارات محدودة وبلا محاسبة عامة. سيظل الأطباء النفسيون على الدوام جزءًا مهمًا من هذا المشروع، ويفترض إعفاء الاتحاد من إصدار الأوامر. كما ينبغي أن ينتهي احتكاره الحصري للتشخيصات النفسية فورًا.

السؤال البديهي التالي: من سيتقدم كبديل لو أن الاتحاد الأميركي للطب النفسي جرّد نفسه من هذه الأهلية؟ بكل أسف، لا يوجد هيكل بديل على استعداد لتولي هذه المسؤولية. وينبغي ألا يصبح احتكار التشخيص النفسي مُناطًا باتحاد صحي آخر مختلف، فعلماء النفس سيزيدون الطين بلة (بطرق مختلفة.) يملك المعهد الوطني للصحة النفسية الموارد، القوى الفكرية، والسلطة الأخلاقية، لكن تركيزه وخبرته تتركز بصورة متزايدة وحصرية على البحوث العلمية الأساسية. هذا المعهد لا يملك إلا همًّا يسيرًا ومهارة محدودة في التعامل مع الأسئلة الإكلينيكية العملية. سيكون دليل المعهد التشخيصي حلمًا في قائمة أحلام كل باحث وكابوسًا للأطباء، المرضى، والسياسة العامة. لربما دخلت منظمة الصحة العالمية للمنافسة، لكن أداءها المتقطع في تقديم دليلها الخاص للاضطرابات النفسية لا يبعث مزيدًا من الثقة. وليس هنالك هياكل تنظيمية أخرى مستعدة لملء هذا الفراغ.

أعتقد أن التشخيص النفسي يتطلب ويستحق هيكلًا تنظيميًا جديدًا خاصًا به. نموذج هيئة الغذاء والدواء هو الأقرب حاليًا. وهذا الأمر ليس بعيد المنال كما يبدو لنا. حيث أن وجود تشخيصات نفسية جديدة من المحتمل أن يكون أخطر من وجود أدوية جديدة، لأن هذه التشخيصات يمكن أن تؤدي إلى تجاوزات علاجية هائلة (إلى جانب كافة الأعراض الجانبية المحتملة)، بينما الأدوية الجديدة ليست بأكثر من أدوية «مشابهة» للموجودة حاليًا. تقوم هيئة الغذاء والدواء بفحص الأدوية الجديدة بعناية ومسؤولية، لكننا من جانب آخر نسمح باختلاق تشخيصات جديدة محتملة الخطورة، من دون أن نقوم في البداية

بمراجعتها بدقة واستقلالية. يجب إخضاع نظام التشخيص لعملية فحص لكل جزء من أجزاءه، تمامًا مثلما تُفحص الأدوية الجديدة بعناية.

لكن من المُخوّل للقيام بذلك؟ ربما هيكل جديد من داخل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية التي تملك نطاقًا واسعًا من التخصصات، يجمع بين كافة المهنيين الطبيين إلى جانب خبراء الصحة النفسية العامة، مقدمي الخدمات، اقتصاديات الصحة، الطب الشرعي، والتعليم. ومن الممكن أن يكون هناك موظفون لتولي المراجعات العلمية المبنية على أدلة، وأفضل من ذلك أن تُصدر المراجعات خارجيا لتظهر كمجموعات مستقلة ليس لها أي مصلحة من النتائج. يجب أن تستند القرارات على تحليلات مفتوحة وصريحة بشأن المخاطر والمنافع التي تحتمل عواقب محتملة وغير مقصودة، وتتضمن أيضًا التأثير على التكلفة وتوزيع الموارد. لذا، ينبغي أن يكون المستهلك جزءًا من فريق الفحص، ويجب أن ينشر كل شيء في أوانه وبكل شفافية. كما ينبغي إخضاع التشخيصات الجديدة لمراقبة مستمرة لضمان عدم إساءة استخدامها وانعدام وجود عواقب ضارة غير مقصودة.

من المهم أن تكون التغييرات تدريجية وبصورة متدرجة. فلا معنى لوجود تغييرات على كامل النظام التشخيصي في فترات اختيارية واعتباطية. ينبغي أن يؤخذ كل تشخيص على حدة بصورة تعاقبية على خلفية ظهور أدلة بحثية جديدة. إذ لا ينبغي أن نغير لمجرد التغيير وحسب، بل يجب أن يكون مدعومًا بدلائل متينة واتفاق جماعي. من المرجح أن تُحدد التغيرات في نظام التشخيص من قبل الخدمات الصحية في المستقبل القريب، لا من قبل الأبحاث الدماغية. نعلم أن ثورة علوم الأعصاب أكثر جاذبية وإثارة في جانبها الفكري، لكن باستثناء الألزهايمر فهذه الثورة أبعد ما يكون عن تقديم أدلة مخبرية تدعم قرارات التشخيص.

التدرج في التشخيص علاج ناجح للتضخم

نحن بحاجة لتعليم أطباء الصحة النفسية والرعاية الأولية نهجًا مختلفًا تمامًا للتشخيص النفسي. المنهج المعمول به حاليًا، هو أن يكون التشخيص في الزيارة الأولى بناء على معلومات غير مكتملة عادة، تؤخذ خلال زيارة قصيرة للمريض الذي يعيش على الأرجح أسوأ أيامه (وقد يستخدم في الوقت الراهن موادًا تؤثر على الصورة الإكلينيكية بشكل كبير). ما يقدم في الزيارة الثانية يكون في الغالب مختلفًا تمامًا عن الأولى. تستقر الأمور

عادة مع الزيارة الخامسة أو السادسة وتتضح بما يكفي للمراهنة على تشخيص دقيق. على الجانب الآخر، يتعافى معظم الناس مع الزيارة الخامسة أو السادسة، لذلك تعدّ الزيارة الأولى الأسوأ غالبًا للقيام بتشخيص قطعي، والتشخيص الذي يجري على هذا الأسلوب يكون خاطئًا في الغالب.

إذن، لماذا يقفز الأطباء للتشخيص قبل الأوان، وبصورة روتينية؟ لم لا يراقب، ينتظر، يعرف المزيد، يرى كيف تتطور الأمور؟ الإجابة بسيطة، يغطي التأمين في الغالب الزيارة إذا كان التشخيص مدرجًا في الدليل التشخيصي والإحصائي. وهذا عين العقل، لكنه يجني حماقة على الشركة، إلى جانب إنه يُشكّل خطورة على صحة المريض. فلو كان هناك تشخيص قطعي سيبدأ العمل بعلاج حتمي، وكل ذلك غير ضروري في الغالب إما لضرره أو ارتفاع كلفته. ثم أن الأشخاص الذين يعانون من مشاكل خفيفة لديهم فرصة مناصفة لأن يعودوا لطبيعتهم خلال بضع أسابيع دون الحاجة إلى تشخيص أو علاج.

إن الرهان الأفضل للتأمين هو أن يعمل مثل ما يُعمل به في الدول الأخرى، فتكون زيارات التقييم الأولية لا تتطلب التشخيص. من شأن ذلك أن يوفر المال ويقلل الأخطاء. أما الحل الضروري الثاني، فهو أن يخفف الأطباء من التشخيص وينطلقوا في استخدام فئة «غير محددة»، ليتجنبوا بذلك الوصم ونقل هالة كاذبة تؤدي لعلاج غير ضروري.

يحتاج الأطباء أن يتعلموا نهجًا تدرجيًا جديدًا للتشخيص، بحيث يكون مخالفًا لنهج «المتسرع في تشخيصه» والذي يقرّه التأمين وتشجعه شركات الأدوية. كما ينبغي أن يكون هناك تشخيص نهائي في الزيارة الأولى فقط في الحالات الحرجة والواضحة. أما البقية، فتكون الزيارات الأولية لتقصّي الحقائق، التعليم، والسماح للوضع بأن يأخذ مجراه الطبيعي. ثم لا يُدرج التشخيص إلا بعد استقرار الحالة. هذه أكثر وسيلة فعالة بشكل مباشر لوقف مسار تضخم التشخيص[17].

تدرج التشخيص

الخطوة الأولى- جمع البيانات الأساسية.

الخطوة الثانية- تطبيع المشاكل: بأخذها على محمل الجد وإعادة صياغتها بإيجابية كاستجابة متوقعة لضغوط الحياة اليومية.

الخطوة الثالثة ـ الانتظار الحذر: استمرار التقييم دون التذرع بتشخيص أو علاج نهائي.

الخطوة الرابعة ـ حد أدنى من التدخلات: التعليم، الكتب، العلاج بمساعدة الكمبيوتر أو المساعدة الذاتية.

الخطوة الخامسة ـ التشخيص النهائي والعلاج.

يستفيد التدرج في التشخيص استفادة كاملة من آثار الشفاء القوية كالوقت، الدعم، والدواء الوهمي (البلاسيبو). في الحالات غير الحرجة يجب أن يكون التشخيص الأولي أقل حدة، مع تدرج عند الحاجة. إن التشخيص المتدرج فعال في تكلفته، ذلك لأنه يقوم بترشيح الحالات التي لا تستدعي علاجا ضروريًا، ويُبعد المستفيدين من التشخيص النفسي رغم عدم حاجتهم، ومقدرتهم على المضي في حياتهم دون تدخل. من شأن ذلك أن يوفر أداة لإنقاذ السواء من الطب النفسي، وينقذ الطب النفسي من الإفراط في التشخيص والتهكم.

ترويض المغالاة

لكل فعل ردة فعل. خرج تضخم التشخيص وإساءة استعمال الأدوية عن السيطرة إلى حد ما، وقد حان الوقت للثبات على وتيرة متزنة. هناك ثلاثة قوى يمكن أن تدفع بشكل ارتدادي ضد تضخم التشخيص وتعاكسه. تلك هي، المنظمات المهنية، جمعيات حماية المستهلك، والصحافة. حتى الآن لم يستثمر أيّ منها بتقليص التشخيص، لأن كل واحدة قد أُختيرت بذكاء ومنهجية من قبل شركات الأدوية. في عالم أكثر عدلًا ومنطقية، ستقاتل جميعها على الجبهات الأمامية ضد تسويق شركات الأدوية لا لدعمها. حتى الآن، تقف تلك القوى على الجانب الخاطئ، لكن هذا يمكن أن يتغير بسرعة، وتكون أملًا لنا في المستقبل.

تشكلت نقابات القرون الوسطى لهدفين مختلفين لكنهما متناغمين في اعتباراتهما ـ لحماية أعضاء النقابة من سعر المنافسة الخارجي ولحماية المشترين من منتجات ذات نوعية رديئة. أعطيت النقابات احتكارًا، لكنه كان فقط تحت بند عدم إساءة استخدامه وحفظ حرمة الثقة العامة. رابطات الصحة النفسية الحديثة مشتقة من تلك النقابات، لكنها خرقت الإيمان. ويبدو أنها تميل فقط لحماية أعضائها وبيروقراطيات موظفيها، مظهرين

احترامًا أقل للحفاظ على الجودة، ودعم المصالح العامة للجمهور المعنيين بخدمتهم. بقيت كافة رابطات الصحة النفسية سلبية بشكل ملحوظ أمام الإفراط في استعمال الأدوية. فلم تُثِر أي منها معارضة للوبائية الزائفة لاضطراب تشتت الانتباه، التوحد، وثنائي القطب في مرحلة الطفولة. إن الحياد في مثل هذه الحالات ليس حيادًا فعليًا، بل هو بمثابة تعاون سلبي مع التشخيص السيىء والعلاج غير المناسب.

يجب أن يكون تبني النقاشات المفتوحة حول سياسة الصحة النفسية مسؤولية أخلاقية للرابطات المهنية. من السخرية أن يفشلوا بالقيام بذلك لأسباب مصالحهم الذاتية. على سبيل المثال، المضي قدمًا مع توسع تضخم التشخيص يجلب المزيد من المرضى ويوفر فرصًا لدعم شركات الأدوية. ربما يكون هذا جزءًا منه، لكن في ظني أن المشاكل أعمق من ذلك، وأصعب من أن تحلّ وكأنها تضارب مصالح شخصية بسيطة. إن الرابطات المهنية أنانية جدًا بالفعل، لكن أسوأ من ذلك أنها ليست ذكية، كما يتضح من هزيمة الدليل التشخيصي والإحصائي. هيمن ضيق أفق الطاقم البيروقراطي على جدول أعمالهم، لذلك فشلوا في رؤية ما وراء مصالحهم الضيقة. في الغالب، يلاحظ أن اطلاع الرابطات ضعيف بشكل مفاجئ، ومتبلد الحس، فيما يخص قضايا رعاية المرضى والسياسة العامة المتعلقة بنظام التشخيص.

هل يمكن لهذا أن يتغير؟ أعتقد ذلك. فضح الروابط العريضة مع شركات الأدوية أجبر الرابطات الطبية بالفعل لتبدأ عملية تعرية العلاقات واستعادة الاستقلالية. إذا كان هناك أمر جيد أتى من الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الخامسة فهو في زيادة الوعي بأن إخلاص النقابة العالي يجب أن يكون للعامة وليس لأعضائها. وأن الفشل في تقديم الجودة يعني خسارة الاحتكار. من المرجح أن يكون الاتحاد الأميركي للطب النفسي أكثر حذرًا في المستقبل، بعد تخبط تضخم التشخيص في دسم5-5-DSM. وربما يعود للصواب ويعترف أخيرًا بأن التشخيص أصبح فضفاضًا جدًا. بإمكان المنظمات أن تتغير إذا كانت دوافعها تتماشى مع المصلحة العامة.

قدمت جمعيات حماية المستهلك فائدة عظمى في تعزيز تكافؤ الرعاية الصحية النفسية، زيادة تمويل البحوث النفسية، تحسين الخدمات، تقديم الدعم، وتقليص الوصم. لكن للأسف رغم ذلك، أصبحوا موالين من دون قصد (وهم أدعى للتصديق) لمواقف شركات الأدوية. هذا مشكل مضاعف لأنهم أخفقوا في امتحان الشبهات فوق كل المنهجيات.

فقد مُوّل الكثير من ميزانيتهم عبر شركات الأدوية. في أوروبا، يحدث العكس إذا تعارض جمعيات حماية المستهلك فرط استعمال الأدوية بدلًا من تمكين هذا الامر.

هناك تضارب آخر في المصالح، فالمنظمات تسعى دومًا للحصول على مزيد من الأعضاء. كلما كبرت جمعية حماية المستهلك كلما كان صوتها السياسي ونفوذها المالي أقوى من قبل. كلما زاد عدد المصابين باضطرابات نفسية، كلما تقلصت وصمة العار الملتصقة به. حماية التوحد فعلت العجائب، لكن العرض الجانبي كان في تشخيص النصف على أنهم توحديين بينما الحقيقة هم ليسوا كذلك. مع نضوجها ستصبح حماية المستهلك أكثر وعيًا بالمخاطر والإفراط في التشخيص وسوف تحقق توازنًا أمثل لفوائد قوائم العضويات الكبرى، وتجنب الإضرار بهؤلاء الأشخاص غير الملائمين على المدى البعيد.

ربما تكون صحافة التقصي أفضل دفاع ضد ضجيج شركات الأدوية، لكنها أصبحت أشبه بغرف الأخبار الفاخرة. الصحافيين أيضًا يرددون البيانات الصحفية لشركات الأدوية دون تعمق أكبر في تعقيدات واقعها. إن القصص المبهرة تشجع على الاستنتاج الكاذب بأن تقدم البحوث يبرر المفهوم القائل بأن كل المشاكل هي أمراض دماغية. كما تغض البصر عن نشاط شركات الأدوية في تسويقها وتأثيرها السياسي، مقارنة بما هي عليه من ضعف في البحث العلمي. توقف خط تصنيع الأدوية الجديدة إلى حد ما، لكنها تتدفق إلى واشنطن وعواصم الولايات بلا توقف. عندما تتلقى الشركات غرامات كبيرة على أنشطتها الإجرامية عادة ما تدفن أخبارها أو تكون على الصفحة الخلفية للصحيفة.

هناك سبب يدعو للأمل، فالإعلام حتمًا انشغل بمخاطر التشخيص النفسي، ربما لأن الدليل التشخيصي والإحصائي كان تهورًا فاضحًا ونشرًا بلا مسؤولية. كانت تغطية الدليل التشخيصي مطلعة بشكل جيد، شاملة، عالمية، متواصلة، وشديدة في الغالب. لم تكترث تمامًا للانتقادات الخارجية من المجموعات المهنية، لكن في النهاية تراجع الدليل التشخيصي بطبعته الخامسة عن كثير من أسوأ مقترحاته عندما احترقت صحفيًا. بدأت شركات الأدوية الكبرى أيضًا بتلقي مزيد من الضربات بسبب تزايد تجاوزاتها على أضعف الخلق أطفالنا[18]، كبار السن[19]، الفقراء، وفي الفحوصات. ففضائح الفرط الدوائي والجرعات العلاجية غير المراقبة أخذت أخيرًا حقها من الاهتمام. إنني على أمل بأن الصحافة التي يعول عليها، لا الصحافة التي تردد صدى ما يقوله السوق، سترصد

الفائض الطبي والصيدلي وسوف يكون ذلك الصدى محام عام ضد تضخم التشخيص والإفراط العلاجي[20].

هل يمكن تفريغ بالون التشخيص؟

ربما، لكن ذلك لن يكون سهلًا. مثلًا، التضخم الاقتصادي سهل في البداية، لكن يصعب السيطرة عليه فيما بعد، للأسف الأمر سيان مع تضخم التشخيص. من العسير مقاومة الزخم الهائل الذي يلاحقه. يهدد دسم 5-5-DSM بجعل التضخم تضخمًا هائلًا. فلن تتنازل الشركات عن احتكارها القوي والخانق للسوق الضعيفة والخانقة. ويبدو السياسيون في حالة شلل أمام تزايد الضغوط وهم أبعد ما يكون عن فرض سيطرة تنظيمية لائقة. يصف الأطباء أدويتهم بالغريزة. ويقبل المرضى مطالباتهم بهدوء. أما الجمعيات المهنية إما تدعم ضمنيًا أو تقف على الهامش في مواجهتها لفرط استهلاك الدواء. وبقيت جمعيات حماية المستهلك محايدة.

يحتاج نظامنا التشخيصي إلى حماية من كافة تضارب المصالح الفكرية والتجارية، كأرباح النشر للاتحاد الأميركي للطب النفسي، الحد الأدنى لشركات الأدوية، النشرات التي تُسلّم للجمعيات المهنية ومجموعات المستهلكين، حرص الأطباء على قبول غطرسة شركات الأدوية، الحب الذي يكنه الخبراء لتشخيصاتهم الجديدة. نحتاج إما لإخراج أطباء الرعاية الأولية من الطب النفسي أو تعليمهم كيفية عمل ذلك ومنحهم وقتًا كافيًا للأداء بصورة سليمة.

إن علاج التضخم سهل وسيكون فعالًا على الفور لو أننا امتلكنا الإرادة للقيام به. لكن لجلب الإرادة كيف نخلق قوة مضادة. كان لفشل الدليل التشخيصي تأثير إيجابي واحد على الصحافة والعامة، وهو أهمية الحصول على تشخيص سليم، وخطورة الحصول على تشخيص خاطئ. يجب أن تكون هذه نقطة البداية لمناقشة سياسية وعامة وشاملة حول أفضل سبيل لإصلاح نظامنا التشخيصي وحمايته من جميع القوى المفسدة. إضافة إلى أن إيجاد راع رسمي للدليل التشخيصي سيكون أفضل بداية لذلك. والخطوة البديهية التالية هي القيام بما يعمله بقية العالم، ألا وهو إيقاف الإعلانات المباشرة للمستهلك. ولن يهتم السياسيون إلا إذا اهتم العامة. ولن يهتم العامة إلا إذا اهتم الإعلام. كان من الممكن أن يكون الدليل التشخيصي أسوأ بكثير، لكن الضغط الصحفي أعاد قيادة الاتحاد الأميركي

للطب النفسي إلى صوابها. لنأمل بأن وسائل الإعلام قادرة على الإطاحة بشركات الأدوية الكبرى، وأن الغضب العام يفتقر بشدة لأساس سياسي. يجب أن تحدد الأسئلة التشخيصية على ضوء ما هو أفضل للمريض وليس ما هو أفضل للطبيب، أو اتحاد الطب النفسي الأميركي، أو شركات الأدوية الكبرى، أو مجموعات المستهلكين.

يمكننا أن نفعلها، لكن هل سنفعلها؟

الهوامش

(1) Mark Thornton, «Alcohol Prohibition Was a Failure,» Policy Analysis (1991); **http://www.cato.org/publications/policy-analysis/alcohol-prohibition- was-failure.**

(2) «The Drug War Spreads Instability,» The Globe and Mail, April 26, 2012, last updated September 6, 2012, Editorial Section; **http://www.theglobeandmail.com/commentary/the-drug-war-spreads- instability/article4104311.**

(3) Centers for Disease Control and Prevention, «Prescription Painkiller Overdoses at Epidemic Levels,»(2011); http://www.cdc.gov/media/releases/2011/p1101_flu_pain_killer_overdose.html

(4) Global Commission on Drug Policy, «The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic,» **http://globalcommissionondrugs.org/wp- content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf.**

(5) Melissa Raven, «Direct-to-Consumer Advertising: Healthy Education or Corporate Spin?» Healthy Skepticism International News (2004); **http://www.healthyskepticism.org/global/news/int/hsin2004-09.**

(6) Lee Fang, «When a Congressman Becomes a Lobbyist, He Gets a 1,452 Percent Raise (on Average),» The Nation, March 24, 2012. **http://www.thenation.com/article/166809/when-congressman-becomes- lobbyist-he-gets-1452-percent-raise-average#.**

(7) Marcia Angell, «The Truth About the Drug Companies,» **New York Review of Books 51**, no. 12 (2004): 52–58.

(8) K. Abbasi and R. Smith, «No More Free Lunches,» **BMJ 326**, no. 7400 (2003): 1155.

(9) A. Fugh-Berman and S. Ahari, «Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors,» PLoS Med 4, no. 4 (2007), **http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17455991.**

(10) «An Unhealthy Disregard,» **Nat Med** 16, no. 6 (2010): 609.

(11) R. N. Moynihan, «Kissing Goodbye to Key Opinion Leaders,» Med J Aust 196, no. 11 (2012): 671.

(12) John Kaplan, «The Cost of Doing Business? Pharmaceutical Company Fines,» **Bioethics Today, August 2, 2012, http://www.amc.edu/bioethicsblog/post.cfm/the-cost-of-doing-business- pharmaceutical-company-fines.**

(13) B. Mintzes, «Should Patient Groups Accept Money from Drug Companies? No,» BMJ 334, no. 7600 (2007): 935.

(14) B. Mintzes, «Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role?» PLoS Med 3, no. 4 (2006); **http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pme**

(15) A. J. Fyer and others, «Discontinuation of Alprazolam Treatment in Panic Patients,» **Am J Psychiatry** 144, no. 3 (1987): 303–308.

(16) David Rosenfeld, «Jackson Case Highlights Medical Ethics,» Pacific Standard (2012) **http://www.psmag.com/health/jackson-case-highlights- medical-ethics-3572/.**

(17) L. Batstra and A. Frances, «Diagnostic Inflation: Causes and a Suggested Cure,» **J Nerv Ment** Dis 200, no. 6 (2012): 474–79.

(18) J. S. Comer, M. Olfson, and R. Mojtabai, «National Trends in Child and Adolescent Psychotropic Polypharmacy in Office-Based Practice, 1996–2007,» **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 49, no. 10 (2010): 1001–10.**

(19) E. R. Hajjar, A. C. Cafiero, and J. T. Hanlon, «Polypharmacy in Elderly Patients,» **Am J Geriatr Pharmacother** 5, no. 4 (2007): 345–51.

(20) V. Barbour and others, «False Hopes, Unwarranted Fears: The Trouble with Medical News Stories,» PLoS Med 5, no. 5 (2008) **http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pme**

الفصل الثامن

المستهلك الذكي

«اعرف نفسك»

كاهن دلفي

عندما نأتي لمسألة المعاناة من اضطراب نفسي، فإننا في أفضل وأسوأ الفترات على حد سواء. فهي الأفضل لأن هناك العديد من العلاجات الفعالة، والعديد من الأطباء المهرة. أما الأسوأ، فمردّه إلى المغالاة في علاج أفراد ليسوا بحاجة للعلاج، يقابل ذلك تقصير في علاج من هم بحاجة فعلية للعلاج. يضاف لذلك، ما يقدمه عديد من الأطباء ـ ممن تعوزهم المهارة الكافية ـ من تشخيصات تفتقر للدقة، وعلاج غير مناسب للمريض. لا يمكنك أن تثق بأن نظام الرعاية الصحية النفسية سيلائمك جيدًا وبشكل تلقائي، وذلك لأنه يعرض خليطًا مجنونًا من الخيارات الجيدة والسيئة، وهو أي شيء إلا أن يكون نظامًا منظمًا بشكل حسن. إن معالجة تضخم التشخيص تتطلب وقتًا لكي تعمل عبر تغييرات مهنية وتنظيمية، ولن يحدث الأمر بسرعة، وربما لن يحدث على الإطلاق.

إذن، أين موقعك في هذ المزيج بين الفرصة والمخاطرة؟ أرى أن يكون لديك ذلك السلوك المشكك «حذر المشترِ» الذي من المفترض أن يملكه كافة المستهلكين الأذكياء والعقلاء. عليك أن تعطي أهميةَ لبدء العلاج وكأنك بصدد شراء سيارة، منزل، أو اختيار صديق أو شريك. إن قرار تناول دواء نفسي أو البدء بعلاج نفسي هو قرار سيغير حياتك، فلا تبدأه بشكل عرضي أو على جهل منك.

لا ترتعب من دورك الهام الذي تلعبه في البحث عن العلاج الذي تحتاجه، وتجنب علاج لست بحاجته. اعتدت أن تقوم بخيارات استهلاكية ذكية وصعبة في جميع الجوانب

الأخرى من حياتك، ولن يختلف هذا عنها بشيء. لقد تكاثرت مجموعة خيارات تشخيص وعلاج الأمراض النفسية جنبًا إلى جنب مع بقية الخيارات الاستهلاكية التي تميز حياتنا الحديثة. فعندما تضطر لاختيار أي كاميرا، تلفاز، شامبو، وبالأخص أي حبوب إفطار من بين تلك الأنواع المرصوفة على الجدار العظيم، ستجد أمامك عشرات الخيارات المتوفرة. إن وجود كثير من الخيارات أمر جيد وسيىء في نفس الوقت، فالمزيد يعني غلبة السيىء فيها. سأعرض نصائحي حول كيفية تجاوز ما قد يبدو متاهة مربكة من خيارات الرعاية (و اللا رعاية) حتى تجد ما هو ملائم لك.

العمل مع الأطباء

يتطلب التشخيص النفسي تعاونًا بينك وبين طبيبك النفسي. فهو لا يستطيع أن يقوم بالأمر وحيدًا. لا توجد فحوص مخبرية موضوعية في الطب النفسي، لذلك من المستحيل أن تُشخص مشكلتك من قبل أي أحد دون مساعدة منك. إليك هذه الأمور لتفعلها وتحصل على أفضل نتيجة. أولًا: كن صادقًا مع نفسك ومع طبيبك. ليس هناك متعة في الحديث عن أعراض نفسية، خاصة مع شخص غريب. لكن التشخيص يعتمد كليًا على انفتاحك الكامل مع الطبيب واستعدادك لمشاركة أكثر الأفكار، المشاعر، والسلوكيات المحرجة. مهما كان انكشافك صادمًا ومخزيًا بالنسبة لك، كن متأكدًا أن هذا جزء من الوضع البشري، وأن الأطباء قد سمعوا أوصافًا مشابهة (وأكثر غرابة وإحراجًا) قبل مجيئك. إن أكبر رهان آمن في العالم هو أنك ستحكم على نفسك أضعاف ما قد يحكم عليك أي طبيب نفسي.

مفتاح التشخيص النفسي هو التقرير الذاتي، وهو مستحيل دون مراقبة ذاتية دقيقة ومستمرة. ابدأ بكتابة مذكرات يومية مع وصف لأعراضك كما تظهر. لاحظ تحديدًا نوع العرض، وقت بدايته، شدته، ومدته، ومستوى الضعف الوظيفي كالإجهاد، بجانب الأشياء التي تجعلك تشعر بتحسن أو سوء خلال اليوم. ابذل ما بوسعك كي تقدم سجلًا على أكمل وجه، يحتوي على بياناتك الماضية التي ربما تشي بشيء عن حالتك الحالية. من الأهمية بمكان أن تحصل على نسخ من سجلاتك النفسية والطبية. إلى وقت قريب، كان من الصعب الحصول على السجلات لكن الحال لم يعد كذلك. قد تكون السجلات مزعجة أحيانًا أو غير دقيقة، لكن اقرأها بقوة وتسامح. ولكي تعلم أيضًا إن كان هناك

أخطاء فلديك الحق في تصحيحها. عادة ما يكون الحصول على السجلات أمرًا محبطًا ومضيعة للوقت، لذلك وجودها مسبقًا قد يمنحك الأسبقية.

عندما تكون السجلات السابقة ضخمة، من المفيد أن تبقي على قائمة محدثة ومرتبة زمنيًا لكل الأدوية النفسية التي تناولتها، بتاريخها، جرعتها، دواعي استعمالها، استجابتك لها، وأعراضها الجانبية. أيضًا ضع قائمة بالأدوية الطبية الأخرى التي تتناولها الآن أو تناولتها في السابق. أخيرًا احتفظ بقائمة أسماء مرتبة زمنيًا، بأرقام الهواتف، وعناوين البريد الإلكتروني لكافة الأطباء النفسيين الذين زرتهم لأي إقامة طبية أو نفسية في المستشفى. إن حفظ هذه الكشوفات سيضع أمورك في نصابها الصحيح ويضمن لك عدم ضياع أهم التفاصيل. كما يوفر وقتًا ثمينًا ومكلفًا لتركز أنت وطبيبك على جوهر ما يحدث الآن، بدلًا من إعادة سرد للأحداث الماضية كارثة وراء كارثة.

لا ينبغي عليك ولا على طبيبك الحالي المضي بصورة عمياء خلف الانطباعات التشخيصية والخطط العلاجية للأطباء السابقين، فربما تكون خاطئة في أساسها، أو ربما فات عليها الحول. لكن مهما كان قصورها، فالسجلات السابقة تحتوي في الغالب على مواد تلقي الضوء على ما يحدث في الوقت الحالي. فالوقت الذي تقضيه في جمع وتحديث سجلك سيكون مكافأة غنية لك.

اعرف كل ما يجب عليك معرفته عن تاريخ مشاكلك، أكثر مجموعات معايير الدليل التشخيصي صلة، والتشخيصات المتباينة المحتملة. يشعر الطبيب أحيانًا بالتهديد أو الدفاعية إذا بدا أنك تعرف الكثير، لكن ما لم تكن بغيضًا بهذه المعرفة، فربما تكون مشاعره إشارة إلى أنك ستكون أفضل حالًا مع طبيب مختلف. أفضل تكهن لنتيجة العلاج الجيد هي العلاقة الجيدة. إعجابك بطبيبتك والشعور بأنها تفهمك وتفهم مشاكلك لا يضمن لك مقدرتها على مساعدتك، لكنها بداية جيدة. إذا كنت لا تشعر بالراحة مع الطبيب، جِد شخصًا آخر يمكن أن تتواصل معه. وتذكر دائمًا أن التعاون دائمًا يكون باتجاهين لتحصل على أفضل نتيجة، عليك أن تبذل جهدًا كافيًا. أدرك صعوبة وجود مشكلة نفسية لديك، لكن ليس من الضروري أن تجعل الأمر مأسويًا. إن من يأخذون أمر البحث عن المعلومات، العمل، والنهج التعاوني لخطة التشخيص والعلاج بصورة جدية يحصلون في النهاية على أفضل النتائج.

كيف نتأكد من صحة التشخيص؟

ربما أسهل طريقة وأقلها كلفة هو أن تتحقق من التشخيص بنفسك. كنت أوصي بمراجعة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للتحقق، لكن إيمانهم بالدليل التشخيصي بطبعته الخامسة قد انخفض لأن الكثير من مقترحاته تقود لتجاوزات في التشخيص، أو هكذا اعتقدت. يوجد على الإنترنت معلومات غزيرة، لكن عديدًا من المواقع قد أظهرت علامات تجاوز في التشخيص، غالبًا بسبب تأثير شركات تسويق الأدوية. هناك عدة كتب مرشدة للتشخيص النفسي للأطباء والمرضى، وهي أكثر موضوعية. كتبت أحدها بنفسي، ويفترض أن تكون تصحيحًا لتجاوزات الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الخامسة[1].

إن أهم الأمور التي يجب التحقق منها هي ما إذا كانت أعراضك تقارب وصف الاضطراب بصورة وثيقة، وهل دامت فترة كافية لتقارب الوصف، هل تسبب لك كربًا أو ضعفًا ملحوظًا، وهل تشعر أنها مجرد ردة فعل مؤقتة لأحداث مزعجة أو أنها أكثر ثباتًا في حياتك اليومية. وليس عليك أن تعطي رأيًا بشكل مباشر. ابقِ على مذكرتك اليومية، ارسم المسار، ولاحظ كيف تتطور الأمور. إذا تحسنت أعراضك من تلقاء نفسها خلال وقت معقول، ستجيب الأسئلة عن نفسها. لكن تأكد من اتخاذ المساعدة اللازمة عندما تطرأ الأعراض مجددًا، وتسوء حالتك، وتستمر بخلق المشاكل لك.

افترض أن طبيبك توصل لتشخيص غير مقنع لك، بالنظر لما بحثت عنه. قد يكون على خطأ، خاصة إذا كان تشخيصًا خاطفًا بعد زيارة موجزة. أو ربما فاتك شيء لم يفته. عندما يكون هناك تضارب، لا تكن خجولًا واسأل الطبيب بأدب ليشرح لك منطقية التشخيص وكيف استوفى تشخيصك المعايير. أحيانًا يختلف الأطباء على تشخيص، وغالبًا ما يصعب معرفة من هو على صواب. الخلاف مرجح خاصة إذا كنت صغيرًا، فالأعراض ليست تقليدية، أو إذا كانت مشكلتك على حد مع السواء النفسي. من السهل دائمًا أن تضرب الكرة عندما تكون الكرة في منتصف الملعب بدلًا من محاذاتها الزاوية.

كلما شعرت بالشك، احصل على رأي ثان من طبيب مختلف، أو رأي ثالث، أو رابع. انظر أيضًا لما تظنه عائلتك. الرأي الثاني مفيد، خاصة إذا كان العلاج الأول غير صالح لك، أو إذا كان هناك أي شك على الإطلاق في تشخيصك. من خلال تجربتي، يقوم بعض

الأطباء بنفس التشخيص وإعطاء نفس العلاج لكل مريض يراه. وآخرون يُظهرون حماسًا عابرًا لتشخيص معين بعد حضورهم لمؤتمر، أو لقاء مع بائع أدوية. ينجرف عديد من الأطباء خلف تيار آخر بدعة في التشخيص أو أحدث «الأعاجيب» التي دخلت سوق الأدوية. ولعلك تكون مفيدًا في كبح هذا التأثير. توقع دومًا أن طبيبك سيقدم لك مبررات وتفسيرات منطقية لأي قرار تشخيصي واسأله على الدوام إن لم يقدمها لك. إذا كان الطبيب لا يملك عقلية منفتحة، يغضب مثلًا، أو إذا لم يفلح بشرح التشخيص لك بشكل منطقي، ربما من الأفضل أن تحصل على رأي آخر.

أي نظام يؤدي لتشخيص أفضل؟

غالبًا ما يطرح هذا السؤال عليّ بلهجة أخرى، هل من المهم أن أرى طبيبًا نفسيًا لتشخيصي أو هل يمكن أن أثق بمعالجي؟ الجواب معقد، لا يوجد نظام يحتكر التشخيص الجيد أو السيىء. في المتوسط، يتبع التدريب ومهارة التشخيصيين سلمًا هرميًا:

(1) الأطباء النفسيون، (2) الأخصائيون النفسيون (3) ممرضات ممارسات للطب النفسي (4) الإخصائي الاجتماعي (5) المستشار النفسي (6) المعالج النفسي المهني. لكن أسوأ التشخيصات كانت من أطباء نفسيين، وأفضلها من ممرضات وأخصائيين اجتماعيين. لذلك يمكنك أن تنجح فقط بشهادة الدبلوم. هناك الكثير من التباين في المهن أكثر من تباين عبر المهن. كل الأسباب التي تجعلك مستهلكًا ذكيًا، هي أن تدرس المشاكل بنفسك، بحيث تكون أنت و (عائلتك) تحت تأثير تقديم رأي ثان مطلع ومراقب جيد للعملية.

من الصعوبة أن نضع أطباء الرعاية الأولية في التسلسل الهرمي للتشخيصيين. بعضهم بارعون بجدارة في التشخيص النفسي، لكن بعضهم يفتقر العلم الكافي، وآخرون لا يسعهم تقديم المزيد. وهذا أمر جلل لأن أطباء الرعاية الأولية هم من يصفون معظم الأدوية النفسية. إذا كان طبيب الرعاية الأولية يعرفك جيدًا وقضى معك فترة كافية قبل أن يعطيك العلاج، فهناك أمل معقول بمنطقية فعلته. لكن كن مشككًا دائمًا بشأن التشخيص وخطة العلاج عندما يعرض عليك وصفة طبية بعد زيارة مدتها سبع دقائق، أو حينما يقدمها الطبيب لك كأدوية عينات مجانية. لا يوجد شيء مجاني، وقرارات الطبيب ربما كانت تحت تأثير بائعي الأدوية، أو برغبة إخراجك من المكتب بأسرع مما يمكن. كن

مدركًا أن أطباء الرعاية الأولية يصفون العديد من الأدوية بشكل عام، وفضفاضين بشكل خاص مع مضادات القلق (زاناكس) ومضادات الذهان (سيروكيل، أبيليفي)، خذ برأي ثان قبل تناولها.

أقترح دائمًا أن ترى طبيبًا نفسيًا إذا كانت مشكلتك شديدة، أو إذا كان لديك مشاكل طبية.

هل التشخيص النفسي مسألة عائلية؟

نعم دائمًا، وأحيانًا لا يكون مسألة عائلية. من الفطري عند الإنسان أن يكون لديه تحيزات وبقع عمياء في طريقة رؤيته للأمور. وأسوأ التحيزات والبقع العمياء تحدث عندما ننظر في المرآة. حتى الآن، قمنا بوصف استعمالات التشخيص الذاتي، ولكن علينا أن ندرك قصوره وإساءاته الممكنة.

إن انعدام الوعي الذاتي طبيعة للوحش البشري، لكن يمكن أن تكون مشكلة خاصة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية. ضعف البصيرة الشديد هي سمة متأصلة لبعض الاضطرابات النفسية (مثال: الفصام، الهوس، الاكتئاب الضلالي، فقدان الشهية، العته، الشخصية المعادية للمجتمع والشخصية النرجسية). لكن يمكن للبصيرة أن تضعف بطرق أكثر دهاء في الاضطرابات الأقل حدة. ربما تكون آخر من يعلم أن اكتئابك (أو القلق، فرط الكحول) تتسبب بضعف بصيرتك، وآخر ما تريده هو الحصول على المساعدة. تذكر أن ثلثي الأشخاص ممن يعانون من اضطرابات نفسية يفشلون في الحصول على المساعدة التي من الممكن أن تحدث فرقًا كبيرًا في حياتهم.

هنا يأتي دور العائلة، من السهل أن يملأ الأحباء فجوات المعلومات ويغرسون الحاجة التي غالبًا ما تكون ضرورية قبل أن يطلب الشخص المساعدة. وفي الغالب يقدمون الوعي باستمرار، والذي من شأنه أن يخفض تطور الأعراض وتأثيرها الوظيفي، وتأثيرها على العلاقات الشخصية. لهذا السبب، أحاول دائمًا أن أُدخل العائلة في كل تقييم تشخيصي لمريض جديد، متى ما كان ذلك الأمر متوفرًا وجاهزًا، وأيضًا متى ما كان المريض مستعدًا. إذا كانت الجغرافيا تعيق الزيارة الشخصية، فالاتصال الهاتفي، السكايب، أفضل من لا شيء. يستطيع كل فرد من أفراد العائلة تقديم معلومات ورؤى فريدة يمكن أن تقود في مجملها إلى تشخيص دقيق أكثر من استنتاجات شخص واحد. من المفيد أيضًا حينما

يشارك كل فرد من أفراد العائلة مراقبة طبيعة ومسار شدة الأعراض، وإذا كان الجميع يعمل من أساس معرفي واحد في تحقيق العلاج.

هناك استثناءان للقاعدة، أوضاع يكون فيها تدخل العائلة في التشخيص ليس بالأمر الجيد، ويمكن لوحده أن يسبب مجموعة من المشاكل. أشدها تأثيرًا عندما تكون العائلة ليست مُحبة، وتعمل على منافع متضادة. يمكن أن يستخدم الوصم في النزاعات العائلية كأسلحة خطيرة. وهذا حقيقي خاصة عندما يكون الطفل أو قضايا الحضانة جزءًا من النزاع. تحتاج العائلة أن تحلّ النزاع قبل أن يكون تدخلها ذا منفعة لتشخيص أي فرد من أفرادها. وأحيانًا، يكون علاج الشخص بمفرده ناجحًا في الحد من الصراع، (الذي قد يكون سببه مشكلة نفسية له)، وهنا يمكن للأسرة أن تلعب دورًا بناء في هذه الحالة.

هناك استثناء ثان، للشباب الذين يكافحون ليصبحوا أكثر استقلالية، ربما يحتاجون ترتيب أمورهم بأنفسهم دون تدخل من عائلاتهم. لكن هذه الاستثناءات نادرة، ففي معظم الحالات تكون العائلة عنصرًا مصيريًا في التشخيص الدقيق.

متى يجب إعادة تقييم التشخيص النفسي؟

الانطباع الأول في التشخيص النفسي، مثل انطباعات الحياة، ليست دقيقة دائمًا. هنا ثلاث حالات يجب فيها النظر للتشخيص النفسي الأولي على أنه ليس أكثر من مجرد نظرية مؤقتة، ليس حقيقة ثابتة.

الأولى وهي الأكثر شيوعًا، عندما يكون لخطة العلاج المعدة خصيصًا للتشخيص نتائج غير مُرضية بعد تجربة عادلة (مثال: جرعة ومدة كافيتين). يمكن أن يحدث فشل العلاج حتى مع وجود تشخيص واضح ودقيق وعلاج مناسب تمامًا. السؤال الأول يجب أن يكون، هل تناولت العلاج الذي وصف لك بالفعل، أو قمت بأداء الواجبات النفسية المفروضة عليك؟ لا ينبغي الحكم على فشل العلاج إذا لم يأخذ تجربة عادلة. لكن حتى التجارب العادلة لها متوسط الثلث من معدل الفشل. ربما يدعو هذا إلى تجربة أخرى لعلاج بديل لنفس التشخيص. لكن يجب أن تكون هناك احتمالية أخرى متاحة، أي: أنه بسبب عدم دقة أو اكتمال التشخيص الأولي كان هناك خيار علاجي أقل من الأمثل. يعتبر التشخيص والعلاج دون المستوى الأمثل من الأسباب المحتملة لاستجابة علاجية أقل من المقبولة. التغيير في التشخيص، ووجود علاج جديد وملائم أحيانًا يكون له مفعول العجائب.

غالبًا ما يفشل التشخيص نتيجة الدور المسبب أو تعقيدات استعمال الدواء (خاصة عند صغار المرضى) أو المشاكل الطبية، أو أعراض الأدوية الطبية (عند كبار السن). لكن إخفاق وعدم دقة التشخيص يمكن أن تحدث لأي سبب من الأسباب، اختصاصي تشخيص غير كفء، مريض ممتنع، وقت غير كاف للتقييم، أو حالات يكون استقرار التقييم فيها منخفضًا. متى ما كان العلاج الأول لا يعمل بصورة جيدة، فمن المفيد إعادة النظر في مدى دقة المعايير التشخيصية للتشخيص، وما إذا كان هناك أمر مفقود من البداية. يجب أن يتم هذا الأمر مع طبيبك، لكن من الجيد أيضًا أن تتحقق من الأمور بنفسك، أو تأخذ برأي ثان أو ثالث.

هناك احتمال ضعيف أن تكون التشخيصات التي أجريت في بداية الأعراض النفسية دقيقة وثابتة مقارنة بتلك المبنية على سجل طويل. هذا الأمر صحيح خاصة مع تشخيص الأطفال (لأن عوامل النمو يمكن أن تؤدي إلى تغيرات سريعة)، وعند المراهقين (حيث تلعب المخدرات، ضغط الأقران، المشاكل العائلية، مشاكل النمو دورًا معقدًا). كن مترددًا بشأن كافة المظاهر النفسية لصغار السن، باستثناء الواضحة، فلا يمكنك أن تفترض دائمًا أن «التشخيص لمدى الحياة» (مثال: اضطراب ثنائي القطب، التوحد)، سيبقى مدى الحياة، خاصة عندما يكون مبنيًا على معلومات غير مكتملة، مسار قصير، وأعراض حدثت مبكرًا في حياة الفرد.

عملية التشخيص عبارة عن فيلم، وليست لقطة. عملية التشخيص يجب ألا تكون ساكنة أو متجمدة عند الانطباع الأول. التشخيص الأولي هو فقط تشخيص أولي، هي فرضية تختبر بواسطة تراكم الخبرات. إن أخذ مسار الأعراض بعين الاعتبار جزء مهم من العملية التشخيصية، وغالبًا ما ينكشف المسار كليًا بمرور الوقت. لذلك ابقِ على عقل مفتوح ويقظ، وعين ساهرة على تطور الأعراض وما تقوله عن التشخيص.

تبدو بعض مظاهر التشخيص النفسي خارج مجموعة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي. مثل الأمثلة المرجعية الكلاسيكية لتشخيص معطى، والتي لا يمكن أن تغيب عن أي طبيب ويمكن أن تعلم عنها بنفسك. لكن بعض المظاهر تبدو أقل وضوحًا وتتطلب مهارة طبية كافية لاستخلاصها. هناك بعض المظاهر، حتى هذه اللحظة، تبدو مربكة ولا يمكن لأمهر طبيب تشخيصي أن يستخلصها. كلما كان مظهر العرض أصليًا كلما زادت الثقة في التشخيص والعلاج الملائمين (وليس هذا بالأمر القطعي). وكلما

زاد تشوش العرض كلما كان التشخيص مؤقتًا وكلما أضفى على نهج العلاج ميزة فردية. في الغالب يكون مرور الوقت أكبر بيان، وتعلن الطبيعة الحقيقية للاضطراب عن نفسها كلما انكشف مسارها تدريجيًا.

القاعدة الأساسية أن تسعى لوضوح التشخيص، لكن ليس إلى درجة فرضه فوق ما تسمح به الأدلة المتوفرة. تغيير التشخيص في منتصف العلاج غالبًا ما يسبب زعزعة، لكن التمسك بتشخيص غير دقيق أعظم ضررًا بكثير. يجب أن تشعر أنت وطبيبك بالراحة في اختبار التشخيص مع إعادة تقييم منهجي ومتكرر. وعندما تكون الأمور غير واضحة، تقبل أنها غير واضحة بدلًا من القفز إلى نتيجة غير دقيقة وسابقة لأوانها.

مخاطر التشخيص الذاتي

حتى الجهود المبذولة لتصبح مستهلكًا عاقلًا تحمل في ثناياها فخاخًا ومخاطر. أوضحها أن النتيجة النهائية يمكن أن تصبح أنت مستهلكًا سيئًا ومخدوعًا، مما يؤدي لاحتمالية تجاوز أو قصور في التشخيص، أو تشخيص خاطئ. من الحكمة دائمًا أن تبقى مشككًا بشأن التشخيص الذاتي، وتبقي على عقلية منفتحة، وتفحصها مع أفراد العائلة، ومهنيّ الصحة النفسية.

أكثر الأسباب شيوعًا لتجاوزات التشخيص هو افتراض أن وجود عرض أو (بعض الأعراض) النفسية يعني أن لديك اضطرابًا نفسيًا شاملًا. العديد من الناس لديهم بعض الأعراض، بعضها أو كلها تكون جزءًا من حياتهم، وليست اضطرابًا نفسيًا. تذكر، يجب أن يكون لديك مجموعة كاملة من الأعراض على مستوى كاف من الشدة، وثابتة لمدة كافية قبل أن تحكم أن لديك اضطرابًا نفسيًا.

أما أكثر الأسباب شيوعًا لقصور التشخيص فهي المعلومات غير الكافية. وهذا أسهل ما يمكن تصحيحه. كل ما عليك هو أن تدرس أكثر، وتكون أكثر شمولية في مراجعة التشخيصات المحتملة. لكن أكثرها خطورة هو قصور التشخيص الناجم عن العار، الإنكار، أو كونك رزينًا بشكل غير عادي، أو شخص ميؤوس منه. حينها يمكن أن تواجه مشكلة في التغلب على كل ذلك بنفسك، لذا حاول أن تقبل المساعدة سواء من الأحباب أو الأطباء.

السبب المحتمل للتشخيص الخاطئ هو التقليل من شأن الكحول، المخدرات وكونها

مسببًا لأعراضك. ربما لم تلحظ الصلة أو ربما تشعر برغبة عارمة لإنكارها لأنك لا ترغب بمواجهة فكرة التقليل منها. أما الخطأ الشائع الثاني المؤدي للتشخيص الخاطئ فهو تغييب حقيقة أن مرضك النفسي (أو العلاج الذي تأخذه لأجله) ربما يكون مسببًا لأعراضك النفسية. وهذه حقيقة معقدة وصعبة لتفككها لوحدك، والعمل عليها يتطلب تعاونًا من كل من أطبائك وأطبائك النفسيين.

الخطر التالي للتشخيص الذاتي نادر، لكن ضرره شديدًا. إن السعي للحصول على المعلومات، عند البعض، يكون أحيانًا مغذيًا لتوهم عاطفي. حاول أن تتذكر دومًا أن الأعراض الفردية للاضطراب النفسي شائعة للغاية، وتشكل جزءًا لا مفر منه من الحياة اليومية. كل شخص لديه أوقات عرضية من القلق، الاكتئاب، تشتت الانتباه، فقدان للذاكرة، أو فرط في الأكل (وإلى ما دون ذلك من قائمة بعشرات الأعراض). لكن معظم الأشخاص ليس لديهم اضطراب نفسي. إذا بدا أن لديك كل اضطراب في الدليل، الأرجح أنك لا تعاني من أي منها على الإطلاق، وأنك أفرطت في قراءة الدليل التشخيصي.

أخيرًا، القليل من المعرفة يمكن أن يشكل خطرًا عظيمًا. قد تجد تسلية في وصم ليس ذاتك فقط، بل وعائلتك أيضًا، أصدقائك، وعلى وجه الخصوص رئيس عملك. قد يؤدي ذلك إلى تراشق رخيص خاصة في خضم حرارة المعركة. رمي التشخيصات مثل السهام يمكن أن يضر الآخر، ويجعلك تدور في حلقة مفرغة من ردود الفعل. مع ذلك، فبالنسبة للغالبية العظمى من الناس، منافع التشخيص الذاتي تفوق مخاطره.

احذر من بدع التشخيص

إذا بدأ فجأة أن لدى الجميع تشخيصًا أو يبدو أنهم كذلك، (سواء كان اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، اضطراب ثنائي القطب، اضطراب ما بعد الصدمة، التوحد) دائمًا افترض أنه أمر مبالغ به ولا تقفز لاستنتاج. وأيضًا لا تكن ممن يتأثر بتشخيص أصدقائه بشكل بالغ، أو تقارير وسائل الإعلام أن مشهورًا من المشاهير لديه تشخيص معين، أو أن تشخيص سُكت عنه سابقًا وتبين أنه يصيب بعضًا من الناس. تأتي موضات التشخيص الدورية وتذهب، مخلفة ضررًا بالغًا. لذا، كن مشككًا على الدوام بموضة التشخيص.

حذارِ من شركات الأدوية

ستبذل مصانع الأدوية قصارى جهدها لتضليلك. فمن ضمن خططها كسب المال وتوسيع رقعة أسواقها، وسوف تفعل كل ما بوسعها لكسب عملاء جدد. تغرم شركات الأدوية باستمرار بسبب نقل معلومات خاطئة بلا ضمير للمستهلكين والأطباء، لكنهم يستمرون بفعلها لأنها مريحة للغاية.

كن حذرًا بشكل خاص من إعلانات الأدوية المبتكرة خصيصًا لأجل تسويق منتج عن طريق التوسع في التشخيص، وغالبًا ما يلاحقون الأشخاص الذين لا يريدون المنتج. لا تقع في هذا الفخ ولا تدع أطفالك يقعون فيه أيضًا. تعامل مع شركات الأدوية بالطريقة الصحية المشككة التي تتعامل بها مع بائع سيارات مستعملة. ولا تفترض أن «أسأل طبيبك» ستوفر لك حماية من الضرر. طبيبك أيضًا قد يكون تحت تأثير ذراع طويلة لتسويق الأدوية. حذار من الأطباء الذين لديهم شعار شركات أدوية على مكاتبهم، أقلامهم، وأكوابهم، ومن يتساهلون بشأن العينات المجانية. كن مشككًا، لا ساخرًا. واستخدم الدواء الصحيح، فقد يكون مفيدًا وشافيًا.

العلاجات العشبية الخاصة بالصحة النفسية أقل تنظيمًا حتى من الأدوية. لأنها لم تفحص من قبل هيئة الغذاء والدواء، إن مروجي العلاجات العشبية يمكن أن يقوموا بالفعل بادعاءات فظيعة لا تستند على أي دليل إطلاقًا. ولا توجد أي طريقة لمعرفة ما إذا كانت منتجاتهم نقية، آمنة، أو فعالة. فمن العدل افتراض أن جميعها زائفة.

الإنترنت هو أفضل وأسوأ مصدر للمعلومات التي تختص بشأن التشخيص النفسي. اختر موقعك، بحذر وبتشكيك، فبعض المواقع أدوات لتسويق شركات الأدوية. أما المواقع الأخرى فقد تتأثر وبطرق أقل وضوحًا، بتسويق شركات الأدوية الخفي والتمويهي. تفحص الأمور مرتين وثلاثة قبل أن تؤمن بها.

الشفاء الطبيعي

الوقت والمرونة دائمًا إلى جانبك. الأعراض الخفيفة والإجهاد المتعلق بها ربما تكون جزءًا من الحياة وستتحسن من تلقاء نفسها، أو إذا قمت بأمور بسيطة أو قليلًا من التوافق النفسي. لن يكون تحذيري كافيًا حينما أقول لا تقفز إلى استنتاج أنك مريض فقط لأنك حزين أو قلق. أعط نفسك الوقت لفرز الأشياء، وانظر كيف تأخذ الطبيعة مجراها. وافعل

الأشياء المفيدة بشكل واضح، التي يعلم معظم الناس أنه يجب عليهم فعلها ولكن لا يفعلونها. تمرن، تمرن، ثم تمرن لأنه من أعظم طرق الشفاء لمشاكلك الجسدية والنفسية. تأكد من حصولك على قسط وافر من النوم، فالحرمان من النوم يسبب أعراضًا نفسية. قلل أو اقطع تناولك للكحول والمواد المخدرة. تواصل مع الأصدقاء والعائلة. اسع للمساعدة الروحانية. اكتشف ما يحلو لك فعله وأضف مزيدًا من الوقت له في يومك. حدد المشاكل التي تسبب لك الحزن ثم اكتشف الحلول. فرغ أي ضغط يمكنك أن تفرغه بأمان، كل ذلك قد يبدو مبتذلًا وبديهيًا لكن الحلول التافهة والبديهية تخدمنا في حياتنا اليومية.

المرونة الطبيعية والحلول البسيطة لن تجدي إذا كانت أعراضك مستمرة وشديدة. تحتاج الاضطرابات النفسية الحقيقية إلى انتباه من قبل الأطباء النفسيين، احصل على المساعدة المهنية عندما تحتاجها، وتجنبها عندما لا تحتاجها.

الهوامش

(1) A. Frances, **Essentials of Psychiatric Diagnosis** (New York: Guilford Press, 2013).

الفصل التاسع

محاسن ومساوئ الطب النفسي

في البدء، لا تقم بأي ضرر.

أبقراط

يمكن لتشخيص دقيق أن ينقذ حياة مريض، بينما يحطم تشخيص غير دقيق حياة آخر. بالنسبة لكثير من الناس يعدّ اليوم الأول لتلقّي التشخيص نقطة تحول بالنسبة لهم، وسيكون له التأثير الأعمق على تكوين مستقبل حياتهم. سيكون يومًا رائعًا إذا كان التشخيص صحيحًا وأدى إلى علاج فعال. لكن القيام به بإهمال ودون مبالاة، ربما يحوّل التشخيص إلى كابوس من العلاج الموسّع. ليس هنالك من طريقة تبين الأثر الكبير للتشخيص أفضل من سرد قصص حياة أشخاص جربوا التشخيص في أفضل وأسوأ صُورِه. سوف نستمع، في البداية، إلى تفسيرات مروعة لثمانية أشخاص عانوا بشكل بالغ من تشخيص غير دقيق، وطريقة علاج جنونية. إن لهذه القصص الموجزة تأثير أبلغ بكثير من كومة إحصائية خالية من الحيوية. كل واحد من هؤلاء وجد طريقًا للهرب من هذه المتاهة النفسية، لكن ليس من دون أن تخلّف له ندوبًا. بعيدًا عن المشاكل العملية، من الفظاعة أن تواجه مرآة تشخيص مشوهة تعكس شخصًا مختلفًا بشكل ملفت عما أنت عليه وما تود أن تكون عليه.

في هذه القصص الحزينة يتجاهل الأطباء (لا أستثني نفسي) القول الفصل في الطب، ألا وهو (في البدء، لا تقم بأي ضرر). من المؤلم أن تكتشف أن هناك كمّ من الحيوات قد تضررت وبشكل بالغ بسبب سوء أداء الطب النفسي. إن التشخيص النفسي السيىء يقود إلى علاج نفسي سيىء، ولو اجتمع الأمران سيؤديان إلى كارثة. تعرّض هذه الكوارث ميدان الطب النفسي للوم والتوبيخ، وتعطي إلهامًا وحماسة للحركة المضادة للطب

النفسي. يجب أن يتعلم الطب النفسي من نتائجه السيئة ويأخذ الهجوم النقدي المستحق على محمل الجد.

لكنني أرى أن المعارضة المتحدة للطب النفسي غير تمييزية في نقدها العريض. في الواقع، يبدو لي من المستحيل أن تكون، على حد سواء، مخلصًا بحماس وغير ناقد للطب النفسي أو متفان في كشف زيف الطب النفسي. في كلا الموقفين، ستغيب الحقيقة الكامنة للجانب الذي تميل إليه. خلال مهنتي في الطب النفسي قابلت مئات المرضى الذين تضرروا بلا شك من ذلك الأمر. ألهمتني بداية هذه التجربة قبل ثلاثين سنة أن أكتب ورقة عنونتها بمقولة أبقراط «لا علاج مثل علاج الاختيار». أي شخص مسؤول يجب أن ينقد الطب النفسي (ومن ثمّ نقد الآخرين له) متى ما أنجز بشكل سيىء وخارج نطاق تخصصه السليم.

لكن أرجو ملاحظة هذا التنويه المهم- وهو أن الأخطاء التشخيصية الموثقة أدناه لا تعكس بأي شكل من الأشكال مجمل ممارسات الطب النفسي. أنت بصدد قراءة أمثلة مختارة لأنها توضح ذروة انعدام كفاءة التشخيص واختيارات العلاج المجنونة. تقوم الحركة المضادة للطب النفسي بتعميم الأسوأ مثل هذه الحالات، وتذهب بعيدًا لدرجة الحكم على الطب النفسي بأكمله. من شأن هذا التطرف أن يحرم المحتاجين للعلاج من فوائده. أما منتصف هذا الفصل، فيوضح النتائج السعيدة التي حققها معظم المرضى النفسيين.

مقابل كل مريض تضرر من الطب النفسي، عرفت عشرة ممن انتفعوا منه وساعدهم في حياتهم بشكل كبير، وفي بعض الحالات أنقذ حياتهم. واجهت مؤخرًا صدفة غريبة حيث تلقيت رسالتين إلكترونيتين منفصلتين في نفس الصباح كلاهما يسألان السؤال نفسه، كيف يمكنني أن أبقى متفائلًا بالطب النفسي بينما في الوقت نفسه أجد نفسي ناقدًا لتوجهاته الأخيرة وخائفًا من الآثار الضارة لتأثير الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس؟ جوابي كان سهلًا. إن مجالنا مبارك بوجود علاجات فعالة (المجموعة الواسعة من العلاجات النفسية والأدوية) والتي تسمح لنا بتحقيق نتائج ممتازة، أفضل من بقية النتائج التي توصل لها بقية مجالات الطب. يحصل غالبية مرضانا على فائدة كبيرة، أقلية منهم تشفى تمامًا، وبعضهم يقفون على حياد، لكن قلة قليلة منهم يزدادون سوءًا. كأطباء نفسيين، نحن نعالج بقدر الإمكان، نقدم التعاطف والمواساة عندما يصعب علينا ذلك.

نجيد الاستماع والرعاية، نقوم باستخدام خبرتنا وشخصياتنا في رحلة مثيرة لمساعدة الآخرين على الشفاء، التكيف، ومساعدة أنفسهم.

الأداء الجيد للطب النفسي نعمة أبدية- مهنة مفيدة ومُرضية للغاية. أما الأداء السيىء للطب النفسي فيعدّ شكلًا خطيرًا من أشكال الدجل. يخطئ مجالنا عندما يبالغ برفع سقف وعوده، وعلاجاته ولا يستطيع الإيفاء بها. إن مشاكل الحياة التي لا تعد ولا تحصى ليست بأمراض نفسية. وليس كل الاضطرابات النفسية عبارة عن «خلل كيميائي»، أو تقبل العلاج بالأدوية. ليس عيبًا أن نعترف بأننا لا زلنا نجهل مسبب المرض النفسي- تتعامل بقية مجالات الطب مع أعضاء أكثر سهولة، لكن معظم مسببات الأمراض الجسدية لا تزال غامضة أيضًا. بالرغم من أن لدينا حدودًا قيّمة في الإرشاد العلاجي، إلا أن كل مريض هو فريد بنوعه، وكل أسلوب علاجي يجب أن يكون نموذجًا من التجربة والخطأ ليتناسب مع احتياجات هذا الشخص. إذا عمل الطبيب النفسي والمريض وفكرا بشكل جيد، وسخّرا كل جهودهما لذلك، فعادة ما تكون النتائج جيدة.

قصة ميندي: بدعة فرط تشخيص الفصام في الستينات

لدينا قصتان هنا. الأولى: مراهقة مضطربة ومتمردة تتعاطى المخدرات، تُشخص بشكل مضلل على أنها حالة «فصام»، لتقضي على أثرها سنتين فظيعتين في المستشفى. القصة الثانية: طبيب شاب ساهم بفرط تشخيص مريضة، ولم يخطر هذا في ذهنه إلا بعد السماح بإخراجها. ميندي لويس هي الفتاة. بمجرد تلقيها هذا النوع من العلاج القمعي، نهضت بنفسها لتصبح امرأة ناضجة ورائعة، وكاتبة متألقة. ويخجلني أن أقول إنني ذلك الطبيب الشاب.

كانت ميندي فتاة في الخامسة عشر من عمرها، بمظهر جسدي ملفت، يغطيها شعرها الأشقر المجعد الطويل، لها ابتسامة مزعجة وعينين جريئتين، وسلوك استفزازي بغيض. مع هذا، كنت في داخلي، «قلقًا للغاية، واعيًا وناقدًا لذاتي. ظننت أنني سيىء وفاشل، نكرة يخلق شخصية لينظر له ولجرأته، كنت أشعر داخليًا أنني لست موجودًا». كانت ميندي تهرب بشكل متواصل من المدرسة، تتجول في السنترال بارك مع بقية الأولاد، ممن كانوا يتعاطون المخدرات معها. لم تدرك والدتها كيف تحولت ابنتها من لطيفة تتصرف على نحو يليق، إلى فتاة هزيلة، غير مهذبة، تسهر وتدخن الماريجوانا، يتناوب عليها صمت

مطبق إلى غريب، تتفوه بكلمات بذيئة، وتتجول حافية القدمين في قرية غرينتش. بعدها تصاعدت الحرب بينهن. «والدتي كانت متسلطة بقوة، قالت لي مرة أنه لن يوجد امرأة ناضجة في البيت سواها».

سارت الأمور بعد ذلك لمنحى أخطر. «أعود للشقة بعد المدرسة وتكون فارغة، آخذ رشفة من خزانة الخمور، أو أستنشق خرقة التنظيف التي تعبق برائحة المنظفات السائلة. فقدت الوعي وسقطت على السلالم بعدما ناولني الأولاد حمض البربيتوريك وأدخلوا أيديهم بقوة أسفل سروالي لتسليتي، شعرت بالخجل والحزن لأيام بعد تلك الحادثة». ضاعف تدخين الماريجوانا من اضطرابها: «أصبحت أفكاري حيوية في تآزر حسي، أستطيع رؤيتها، سماعها، لمسها، تذوقها، والشعور بها. لم يكن ذلك مبهجًا على الدوام، في الغالب يتهمونني أنني فتاة قبيحة، غبية، خائفة، واهنة القوى، طفلة، محتالة، ونكرة»

بدأت ميندي بزيارة طبيب نفسي، لكن نقاشهما لم يكن يسير نحو هدف جيد. «في النهاية، تجرأت وابتلعت حفنة من الأسبرين». قامت والدتها بتسليمها إلى وحدة تنويم المرضى في معهد نيويورك للطب النفسي. قاد ذلك إلى كابوس علاجي أساسه تشخيص خاطئ بعمق. صدف أن مدير المستشفى كان طبيبًا مشهورًا ومساعدًا لمُنشئ مصطلح «الفصام العصابي الكاذب». كانت الفكرة مزعجة في جوهرها: فأنت تكشف عن «فصام داخلي» لشخص ما، والذي يمكن أن يُحدد حتى وإن لم توجد أعراض مميزة، ببساطة لأن المريض كان غريب الأطوار، ولأن الطبيب «متخصص في التشخيص» تلقى تدريبًا خاصًا على طريقة التنقيب بالعصا. كل شيء كان مزيفًا ومقبولًا على نطاق واسع في أنحاء البلاد أيام الستينات. كنت طبيبًا شابًا وغبيًا وغررت بكل هذا.

في تلك الأيام، وُضعت ميندي في مسار علاجي مرعب، وقد كنت ضمن جزء من الفريق التوجيهي. «ثلاث مرات في اليوم نصطف للدواء، أعطى الثورازين، الدواء الأساسي للذهان. ولو حاولت إخفاء الحبوب في خدّي، تفتش الممرضة فمي وتعطيني محلولًا مرّ المذاق. على أي حال، التأثير كان نفسه، فالأدوية تجعلك متسمرًا على الأريكة، تمتص منك كل قوة حية، تجفف فمك، وتملأ رأسك باليأس. في كل مرة ابتلع الحبوب تمنيت لو شعر الأطباء بهذه الآثار القاتلة». كانت البيئة أي شيء إلا أن تكون بيئة علاجية. لو لم تكن مكتئبًا في البداية، ستجعلك مكتئبًا؛ أجلس حول جناح المدخنين مرتدية بيجامة المستشفى، ليس لي حيلة للخروج، مخدرة من الأدوية، يزداد وزني من

غذاء المستشفى النشوي، بالإضافة إلى الأعراض الجانبية للتعاطي. لكسر الرتابة، كنا نجري، نهرّب المخدرات، نلعب البينغ بونغ، ونفتح بجاماتنا لانكشاف جنسي سهل».

في حين ظننا نحن الأطباء أننا «نحلل التحويل» ونزود المرضى ببصيرة رائعة و«تجربة عاطفية مصححة»، رأتها ميندي بصورة مختلفة. «بالنسبة للفتيات المراهقات كان الذهاب للجلسة النفسية مناسبة تشبه الذهاب في موعد غرامي. كنت أترك الأزرار العلوي للبجامة مفتوحًا وأدهن نفسي بزيت الباتشولي. كنت أحاول إبهاره وإثارة اهتمامه بأكبر قدر ممكن. كان المرض عملة للحصول على الاهتمام في ذلك العالم. كل ما فعلته وقلته وُصف على أنه أعراض، وكل مزاج عابر كان داعيًا للقلق. كنت ممثلة ومخرجة هذه الدراما الصغيرة. حاولت إيجاد جزء مني يعرف أنني على ما يرام، لكن نفسي السليمة كانت ذاكرة متباعدة. ربما كان الأطباء على حق، ربما كنت أعاني من خطب ما، يتعذر إصلاحه»

أُنقذت ميندي من قبل السيدة غولد، أستاذة اللغة الإنكليزية التي كان تدير المدرسة في الوحدة النفسية، وكانت إحدى القلة العقلاء الذين عملوا في وحدة تنويم المرضى. «كانت تراني إنسانة، لا مريضة. في حصتها، كنا نستخرج المعاني الأدبية من خبراتنا المشتركة. لكن فوق كل شيء، كان هناك التزامها لنا، نحن «طلابها الرائعين»، وإيمانها بصحتنا، ذكائنا، وحيويتنا. رغم أنها لم تقلل أبدًا من الأطباء، إلا أنها تكون في صفنا عندما لا يفهمنا بقية الطاقم الطبي».

حالف الحظ ميندي مع طبيبها الثاني، «كان خجولًا، يتحدث عن ألم الوعي الذاتي لدي ببصيرة وتعاطف. بدأنا العمل معًا نحو مزيد من التميز. عندما يحتّم عليّ أن أنزلق وأدخل في المشاكل، كان الطبيب R يقاتل من أجل أن أحظى بفرصة ثانية. نجحت ثقته التي وضعها في داخلي. بشكل تدريجي استطعت الحصول على امتيازاتي والخروج من المستشفى».

بالتغلب على النكسات، صاغت ميندي حياة سعيدة وناجحة لها كمصممة جرافيكس. في وقت لاحق أدركت طموحها ككاتبة، ونشرت كتابين (الحياة من الداخل: مذكرات) نشر من قبل دار واشنطن سكوير. والآخر (القذارة: مراوغات، عادات، وأهواء للمحافظة على منزلك) على (www.mindylewis.com). تُدرّس الآن في ورشة عمل للكتابة في نيويورك. لا تعاني ميندي بأي حال من الفصام ولم تكن تعاني منه قط. تعلمت منها

درسين عظيمين، الأول في كرم روحها عندما غفرت لي التعاون الأحمق على سجنها في المستشفى. والثاني، أن أبحث فيما هو طبيعي في الناس، وليس عما يبدو مرضًا فيهم. في نهاية المطاف، نجحنا أنا وهي، كُلّ بطريقته الخاصة، أن نحلّق فوق عش الوقواق.

قصة تود: بدعة فرط تشخيص التوحد تحدث في وقتنا الحالي

خلال خمسة عشر شهرًا، كان تود سعيدًا واجتماعيًا، طبيعيًا من كافة النواحي، لكنه لم يتكلم بعد. لم يعلم طبيب الأطفال ما علّته، فأحاله لتقييم أشمل. كان ذلك خطأً فادحًا. أوضحت الفحوصات أن هناك تأخرًا «عميقًا» في كلّ من الاستقبال والتعبير اللغوي لديه، ورجحت احتمالية التوحد أو التخلف العقلي. «كيف حدث هذا التحول السريع، من شعور بأن ابننا طفل طبيعي وسعيد، إلى الشعور بالرعب مما يحدث له».

في عمر السنتين، كان تود قادرًا على التحدث، لكنه لم يكن يستخدم جُملًا من كلمتين. التوحد هو بدعة فرط التشخيص الحالية. نعود مرة أخرى لطبيب الأطفال وهنا بالغ في ردة فعله ـ حيث اقترح إحالته لمزيد من التشخيص إلى مركز يبعد ثلاث ساعات بالسيارة، مركز «التقييم متعدد التخصصات». جدير بالذكر أن تود تطور ليتكلم جملة من كلمتين، لكن حتى يكونا في بر آمن، اختار والداه الواعيان أن يتبعا نصيحة الطبيب ويحافظا على الموعد. وهذا خطأ آخر، لم ينم تود على محرك الأقراص، وسوء حركته عند قدومه كان سببها حرمان الطاقم له من لعبته المفضلة من أجل «ألا يكون هناك إلهاء له»، مما جعله يبكي أربع ساعات في الفحص. لم يُسجل من قبل في مرحلة ما قبل المدرسة، ولم يعتد على الانفصال عن والديه. بعد ذلك أصبح تود متعبًا، حزينًا، ومشتتًا.

جاءت نتائج الفحوص مخيبة. كان لدى تود تأخرًا في كل ناحية، سواء من ناحية الكلام، اللغة، أو الناحية المعرفية والتكيفية، إلى جانب التحرك السلس أو المهارات الحركية بالمجمل. (رغم أنه كان يزحف، يمشي، يتسلق في عمر مبكر). كانت درجاته أقل مما كانت عليه في عمر 15 أشهر. كان تشخيصه توحد كلاسيكي. تكهن محبط. ربما تدهورت حالة تود أكثر، كأن يفقد قدرة الكلام الموجودة لديه، لا يخرج من المنزل، ولا يحضر مدرسة عامة أبدًا. كانت الخطة أن يترك والديه العمل لنقله إلى برنامج مكثف ومتخصص تكلفته حوالي 57 ألف دولار في السنة. تلقى الوالدان تعليمات مفصلة حول كيفية التقدم بطلب تغطية النفقة من الدولة.

«كنت أعلم أن النتائج والتشخيص ربما لا تكون صحيحة، لقد وصفوا طفلًا مختلفًا. زعم المقيّمون أن لديهم سنوات عديدة من الخبرة، وأنهم متخصصون، ونحن والداه نعاني من حالة إنكار. بيّنت لهم أن تود أظهر مهارات أفضل في المنزل، لكنهم أخبروني أن الإتقان يعني أن يؤدي مهاراته في أي بيئة كانت. لم أُرد أن يمنع الإنكار ابني من الحصول على المساعدة، لذا لم أرفض النتائج، لكنني لم أقتنع بها لأنها لم تكن تصف تود».

والدا تود كانا أساتذة، لذا بدءا بالبحث واكتشفا أن الأطفال الصغار يجب أن يفحصوا في وضع مريح، وألا يكونوا في حالة عصبية، محرومين من النوم، أو منفصلين عن أحد الوالدين. خلال بضعة أشهر، أعيد الاختبار لتود في مركز مختلف وجاءت النتائج طبيعية ماعدا استقبال الكلام كان على طرفي نقيض. لماذا هذا الاختلاف الكبير؟ لأن والدته كانت متواجدة لتطمينه في التقييم الجديد مما خفف العبء عليه. بحلول سنته الثالثة، كانت نتائج تود طبيعية من كافة النواحي. في سن الخامسة نجح في الدخول لمدرسة عامة للمرحلة التمهيدية واجتاز تقييم مدرسة الحي مع ملاحظة توضح أنه لا يوجد داع للشك بأن لديه صعوبة في التعلم.

كيف تسنى لمجموعة المتخصصين الأولى أن تخطئ على هذا النحو؟ كنت دائمًا أقترح تجربة العلاج النفسي عند وجود مشكلة محتملة، لكن كان من الصعب فصل عملية التقييم عن متطلبات الحصول على الخدمات. «ظن المقيّمون الذين فحصوا ابني تحت ظروف غير مريحة أنهم يقدمون العون له ولنا؛ أرادوا التأكد من حصوله على جميع الخدمات ليصبح بأفضل حال. تمنيت لو أن تلك الخدمات اعتمدت على ما يحتاجه كل طفل، بدلًا من وصم مضلل ومجموعة توصيات موحدة. توجب علينا رفض هذه الخدمات والاستعانة بأخرى، لأجل ما هو أفضل لابننا».

ضُلل والديّ تود وأُرعبا من قبل «المتخصصين» الذين تخصصوا في متابعة التوحد عند أدنى تلميح لصعوبة لغوية أو اجتماعية. حصل الوالدان على نصيحة أفضل بكثير من متخصص آخر جدير بالثقة ومدرك لدور الاختلاف الفردي في النمو. «هي مثل طبيعة الأسنان؛ من الطبيعي أن يكون هناك أسنان غير مكتملة مادامت البقية صحية، لكن الآن يجب أن تكون كلها مصطفة وبيضاء».

وجود تشخيص التوحد ولو لفترة وجيزة كان له أثر سلبي أبعد من المخاوف الأولية: «لا

زال هناك أشخاص يقدمون مقترحات حول وضع ابني، ويظهرون توقعات متدنية نحوه، حيث يتفاجؤون أنه يتحدث في الأساس، أو أنه يبلي جيدًا في المدرسة. بعضهم لم يتقبل الرأي الثاني ولا يزال يتعامل مع تحديات ليست قائمة (على سبيل المثال، يقترح ببدء علاج مختلف، حمية غذائية، مخيم خاص، التقدم بطلب الحصول على برامج غير مؤهل لها، الحصول على أجهزة تواصل غير ضرورية، أو علاج مشاكل حسية لا وجود لها.) سمعنا ذلك حتى من الأشخاص الذين سمعوا القصة كاملة وتحدثوا إلى تود، بدلًا من أن يدركوا إمكاناته الجيدة في التواصل معهم. على الجانب الآخر، كان هناك من يطمئنونا بأنه سيكون على ما يرام مثل العلماء والمهندسين المعروفين. تعليقات مثل تلك جعلتني أتساءل لِم كان من الضروري إعطاء تشخيص لمن يبلون بنجاح وعلى نحو جيد».

قصة سوزان: بدعة فرط تشخيص اضطراب ثنائي القطب

تبلغ سوزان 31 عامًا، زوجة سعيدة، أم لطفلين، معلمة للصفوف الإعدادية، وتعشق ركوب الزوارق والتزلج. كانت طبيعية تمامًا إلى أن ولدت طفلها الأول والذي كان طبيعيًا أيضًا. «كنت أعلم دائمًا أنني سأصبح أمًا، أردت أطفالًا لي وأطفالًا أتبناهم أيضًا. لكنني لم أدرك أن الأمومة ستكون صعبة بالنسبة لي كما كانت». كان ابنها الأول إريك يبكي باستمرار وبشكل كبير في الستة شهور الأولى. قضت سوزان أيامًا وليالٍ تحاول إراحته لكن جهودها لم تفلح. «كأم، شعرت بأنني متزعزعة، فبينما كنت أريد كل أولئك الأطفال، لم أستطع تهدئة واحد منهم، لم أكن أمًا واثقة ومتمكنة كما تصورت».

أخيرًا، حثها طبيب الأطفال أن تسمح له «أن يبكي كما يشاء»، بعد أسبوع مثير نجحت الخطة، وأصبح إريك ينام معظم الليالي. لكن سوزان بقيت تعيسة ومحرومة من النوم: «لا أدري إن كنت أستجمع نفسي من أجل ابني، أو أن يقظته قد دمرت نظام نومي، لكنني لا زلت لم أحظ بفرصة نوم لليلة واحدة. شعرت بالاحتراق التام» قامت بكل عادات النوم الصحية، ابتعدت عن الكافيين، اتبعت نظام حمية غذائية، تمرين كل يوم، روتين استرخائي للنوم، لكن لم يفلح معها شيء. قلقت سوزان أن ذلك ربما يكون اكتئاب ما بعد الولادة، استشارت سوزان طبيبًا عامًا وصف لها بروزاك، زاناكس، أمبين، لونيستا، كل هذه الأدوية خلال خمسة أسابيع. هذا الخليط من الأدوية جعل حالتها أسوأ من قبل. «أذكر أنني كنت أبكي وأقول لإريك إلى اللقاء، ليس لأنني كنت أريد الانتحار، لكن لأنني

تصورت أنني سأموت». بعد ذلك طلبت سوزان زيارة طبيب نفسي. «عند قرب انتهاء الجلسة، قال الطبيب A بشكل قاطع: «اعتقد أنك تعانين من اضطراب ثنائي القطب بشكل طفيف»، كنت مصدومة وبدأت بالبكاء. علل الطبيب A تشخيصه بأنها كانت أسوأ بعد استخدام مضادات الاكتئاب، ولم تستطع النوم، وأن الاضطراب ثنائي القطب موجود في تاريخ عائلتها بشكل طفيف. وصف لها اثنين من مضادات الذهان غير التقليدية أبيلفي وسيروكيل.

لم تستطع عائلة سوزان ولا أصدقائها تصديق تشخيص الطبيب. لقد كان التشخيص مناقضًا لخبرتهم بها تمامًا، فلم يكن هناك ما يوحي ولو بشكل طفيف أنها تعاني من الاكتئاب ثنائي القطب. قرأت سوزان كتبًا وتصفحت مواقع عن هذا الاضطراب وهي بنفسها لم تصدق أن هذا الوصف ينطبق عليها. «لم يتناسب التشخيص مع ما كنت عليه، لكنني وثقت بطبيبي».

لم يتوجب عليها أن تثق به. من المؤكد أن الطبيب كان حسن النية لكنه كان مخطئًا تمامًا، إطلاق تشخيص عشوائي يُغيّب الهدف الأصلي للتشخيص. تمامًا مثلما كان «الفصام» بدعة تشخيصية في الستينات، مؤخرًا أصبح اضطراب ثنائي القطب الموضة الحالية للتشخيص، مدفوعًا بالجشع المضلل من شركات الأدوية. سقط الطبيب A في هذا الفخ، ورأى «ثنائي قطب طفيف» في حين لم يكن هناك أي ملمح له. لكن البدع تعمل على هذا النحو. من المؤكد أن هذا الطبيب سيكون أكثر حذرًا لو كان واعيًا بخطورة التشخيص الخاطئ لها.

كان أول جرح لسوزان في تقديرها لذاتها: «وجب عليّ أن أناضل ضد هذا الجزء الصغير الجديد من هويتي. لم أعد أشعر بأني طبيعية. ما هي الأمور الجنونية التي كنت أفعلها؟ من المؤكد أن الناس قد لاحظوها، مادام أن الطبيب A لم يستغرق سوى دقائق بملاحظتها. يا إلهي من ذاك اليوم، عندما يكتشف ابني هذا الأمر. يستحق أُمًا أفضل، أُمًا طبيعية، ربما سيدرك يومًا ما، أنه هو لم يكن طبيعيًا كذلك» كيف تتمكن من الحمل مرة أخرى؟ إذا أوقفت أدوية «ثنائي القطب» ربما يعاودها مرة أخرى، وإن استعملتها مع الحمل قد تضر الطفل.

لحسن الحظ تقاعد الطبيب A، والطبيب الجديد كان مشككًا جدًا بشأن تشخيصها،

وألمح إلى أن الطبيب A يعتقد أن كل شخص لديه «ثنائي قطب طفيف». استراحت سوزان من حمل نفسي ثقيل، وتخلصت تدريجيًا من كافة الأدوية غير الضرورية. استطاعت أن تحمل مجددًا وتنجب طفلًا آخر، وكان من السهل أن تعتني به. لم يعاودها اكتئاب ما بعد الولادة.

المفترض أن تكون هذه هي النهاية السعيدة، لكنها لم تكن كذلك. أبى تشخيص ثنائي القطب أن يندفن للأبد، وبقي مطاردًا لها في سجلها. أولًا: رفضت أربع شركات بوليصة تأمين الحياة التي أرادتها سوزان لحماية أبنائها إن حصل لها مكروه، لتكتشف أن الرفض كان بسبب خطورة من يعانون من ثنائي القطب. ثم علمت أنها لن تستطيع تبني طفل، كانت سوزان وشريكها الجديد مرشحين مثاليين تمامًا- يحبان الزواج، متعلمين، بوظائف مستقرة، ويمتلكان منزلًا خاصًا، إيجابيين، مستقرين، رحيمين وما إلى ذلك. «بغض النظر عن كل ما جرى لصالحنا، اكتشفت أننا لا نملك فرصة بسبب تشخيصي».

تطالب لوائح حقوق المرضى بتصحيح التشخيص الخاطئ، لكن المستشفى رفض بشكل قاطع تصحيح التشخيص الخاطئ رغم الخطابات المرسلة من قبل الأطباء النفسيين بأن سوزان لا تعاني من ثنائي القطب. انزاحت غمامة واحدة على الأقل «عندما أخبرني طبيب نفسي أني أفضل أمّ لأطفالي، أصابني الخرس، أعلم أن لدي عيوبي، لكنني شعرت بالامتنان والفخر لكوني أمّ لمعجزتين صغيرتين. سوف أستمر بنضالي حتى يُصحح سجلي المرضي».

لدينا العديد من الدروس هنا. أولها، أن البدع تؤدي إلى تشخيص غير دقيق. لذلك، يجب على الأطباء إنهاء البدع لا مسايرتها. ثم أن التشخيصات الخاطئة يمكن أن تقود إلى ضرر دائم لعدم وجود تاريخ صلاحية تلقائي، فمن الأفضل دائمًا تقليص التشخيص بدلًا من الإفراط فيه. وأخيرًا، ينبغي على الأطباء ألا يأخذوا بنصيحة ممثلي مبيعات الأدوية على أنها مشورة قيّمة.

قصة ليز: بدعة فرط تشخيص اضطراب ثنائي القطب وفرط الحركة وتشتت الانتباه في الطفولة

ليز فتاة تبلغ من العمر 23 عامًا، سعيدة بوجه عام، تعمل حاليًا في الخدمة العامة، تسافر بشكل متواصل، وتحب العلاقات. «كان لدي ارتفاع وهبوط مزاجي مثل أي شخص آخر، لكنني لم أعتقد بأن هذا الشيء تحديدًا سيجعل مني شخصية مجنونة. تطلب الأمر وقتًا

طويلا لأكون قادرة على قول ذلك، والإيمان به»

كانت ليز طفلة صعبة، مفرطة النشاط، ميالة للغضب ومقارعة لسلطة والديها. كشف الفحص العصبي النفسي في سن الخامسة ارتفاعًا في معدل الذكاء لديها، لكن التناقض بين نتائج اللفظ والأداء حُمل على أنه اضطراب تشتت الانتباه وصعوبة تعلم. طور الريتالين من أداءها الكتابي، لكنه تسبب في أعراض جانبية مزعجة- حاجة للسعال، وعجز عن المقاومة، بالإضافة للاكتئاب.

«في سن السادسة، كنت أذهب أحيانًا إلى المطبخ وأضع سكينة الجزار على حلقي، لا أفكر بقتل نفسي فعليًا، بل بما يمكن أن يحدث لو فعلت. عندما اعترفت لأمي بذلك، أخذتني إلى الطبيب Y المتخصص في سلوك الأطفال واضطراب ثنائي القطب في جامعة طبية معروفة».

بعد زيارة قصيرة جدًا، وصف لها الطبيب دواء جديدًا زولوفت. «تبع ذلك دوران في حلقة مفرغة، لا زلت أجد في نفسي غضبًا وحيرة - فمن غير المنطقي أن يضع طبيب نفسي طفلة صغيرة داخل هذه المعمعة الصادمة، غير الضرورية لها. كان الريتالين متطلبًا لإبطال فرط الحركة وتشتت الانتباه، وسبب لها الاكتئاب، لذا وصف لها زولوفت، مما جعل اضطرابها أسوأ من قبل. «بدلًا من إيقاف زولوفت أو تجربة دواء آخر، قام بزيادة جرعتي من الريتالين، والتي تسببت باكتئاب أسوأ، وبالتالي رفع جرعة زولوفت أيضًا».

بصورة طائشة، رُفعت الجرعات الدوائية بناء على ما ظهر من أعراض جانبية للدواء، الأمر الذي تسبب بشرود متزايد عند ليز، ووحشية لا يمكن السيطرة عليها. «قفزت من السيارة يوم توقفت والدتي على طريق محاذ، كسرت الزجاج وحاولت المشي فوقه. حينها لم أكن أنا، يستحيل أن أقوم بمثل هذه السلوكيات المجنونة سواء قبل أو منذ ذلك اللحين. لكنني كنت في السابعة من العمر فقط، والجرعات الدوائية الزائدة كانت فوق تحملي».

تبعًا لنصيحة الطبيب Y، أخرجت ليز من المدرسة وأُرسلت إلى برنامج يومي كابوسي. فقد تعامل الطاقم مع ردة فعلها للأدوية بالعقاب، مما جعلها أكثر تحديًا. «أكثر ذكرياتي وضوحًا يوم سُحبت -وأنا أركل وأصرخ- إلى غرفة صغيرة بيضاء ومقفلة بجدران مبطنة. لو لم أشعر بالجنون من قبل، فهذه الحيلة قد نجحت».

بعد بضعة أيام، أنقذ والدا ليز ابنتهما من هذا البرنامج بحكمة، وأعاداها إلى المدرسة.

تطور سلوكها، لكنها ظلّت تتعارك مع والديها بشأن الفروض المنزلية، وتقاوم الانضباط، وأصبحت أسوأ عند البلوغ. أُستشير مجددًا الطبيب Y حول الآثار السلبية للتدخلات المبكرة، فسُمعته الوطنية كانت فوق الشكوك. كان التشخيص الجديد «اضطراب ثنائي القطب للأطفال»، اختراع مشهور طرحه الطبيب Y وزملائه في الجامعة الطبية الشهيرة. قِيل لوالديّ ليز أن مضادات الذهان يمكن أن تساعدها، ولم يُوصف لها نوع واحد وإنما نوعين من الأدوية. لحسن الحظ لم يستطع والدا ليز إجبارها على تناول أي دواء، ورفضت ليز أن تأخذ أيّ دواء.

«رغم أنني واصلت عراكي مع والدي، والمعلمين بشكل منتظم إلى حد ما، إلا أنه كان لدي نصيب وافر من الأصدقاء، وكانت درجاتي مرتفعة. مع دخولي للسنة الثانوية أصبحت مزاجية، مراهقة غاضبة، لست ببعيدة عن معظم طلاب المرحلة الثانوية. ضغطت على نفسي لأخذ فصول تكريمية، بعد ذلك عانيت من أعباء العمل. ساهمت الصعوبات الأكاديمية والضغط الذي وضعته لنفسي بجعلي مستاءة للغاية. بعد نقاش مع والدتي أقنعتها بحاجتي لزيارة الطبيب Y مرة أخرى».

كان ذلك انتصارًا مؤسفًا لإيمان في غير محله، انتصارًا لتجارب تعيسة متعددة. في غضون ثوان، كان الطبيب متحمسًا للتوصية بنوعين من الأدوية الجديدة. «واجهتني الكثير من المتاعب جرّاء استعمال الأدوية، ورفضت أخذ المزيد. بعد التخرج من المرحلة الثانوية ومغادرة منزل والدي، لم أعانِ قط مثلما عانيت بهذه الطريقة. لم تكن مشاكل طفولتي كبيرة، كان المفترض أن تكون الأمور منظمة، لأنني لم أستطع التأقلم. لم يخالجني شك بأن لدي اضطراب تشتت الانتباه، لكن بإمكاني التعايش معه. الندوب النفسية التي خلّفها الأطباء عند معالجتهم مشاكل النمو بالأدوية ربما لن تذهب للأبد. جعلوني أشعر أنني أقل من الطبيعيين بينما كنت طفلة في طور النمو. من السخرية أنهم كانوا يحاولون علاج عنادي ومكابرتي الشديدة، وهي ما جعلني أتجاوز تلك التجارب الماضية لأعيش حياة طبيعية مكتملة، أيّا ما يكن معنى ذلك».

قصة بروكس: بدعة فرط تشخيص اضطراب الفصام العاطفي

في الصف الحادي عشر، أصيب بروكس بنوبة حزن لستة أشهر. بعد دقائق معدودة من الحديث مع طبيب العائلة وتشخيصه على أنه يعاني من «اكتئاب سريري»، بدأ

العلاج بالأدوية. «تأثرت نفسيًا بمسمى التشخيص كمن سقط عليه طن من الطوب. خلق التشخيص في داخلي كراهية عظيمة لذاتي، كراهية لما شعرت بأنه ضعف في دماغي المعطوب»

بعد ثمانية أشهر، جرب بروكس عدة مضادات للاكتئاب التي أضافت عبئًا جديدًا من نوبات الهوس التي ربما كانت بسبب الأدوية بشكل جزئي. «شعرت أنني موجود لسبب خاص جدًا، وأنني أقوم بأمور كبيرة. عندما شُخصت باضطراب الفصام العاطفي، كان أمرًا لم يتقبله عقلي. أصبح الخط الرفيع بين الواقع والخيال مشوشًا».

بيّنت سجلات المستشفى أن بروكس عانى من معتقدات ضلالية حول فك شفرة رسالة لإنقاذ كوكب الأرض، وأنه يخطط لكتابة كتاب عن الشفاء ليتشاركه مع المستشفيات الأخرى في المدينة. تلاشت الأفكار الوهمية في السنة التالية، واستقر الأطباء أخيرًا على تشخيص أكثر دقة ووصم أخف وهو اضطراب ثنائي القطب. لكن الأثر النفسي من تغيير المسميات وتغيير العلاجات كان مؤلمًا. «اعتقدت أني كنت مخطئًا لفترة، وأن الجميع كانوا على حق».

على مدى عدة سنوات، عانى بروكس من مشاعر رعب وقلق تسببت بعجز له، ألم عاطفي، وشعور بالانفصال عن الأصدقاء والعائلة. كان قلِقًا من أن الأدوية العديدة قد أعادت ترتيب كيميائية دماغه، لتضعه على مسار بائس يزداد سوءًا أكثر فأكثر. أجبرته هذه المعضلة على أمرين، إما الانتحار أو الكفاح في المعركة بكل إخلاص.

«كانت في روحي شرارة لم تمت، تقول: لا. كنت سيد نفسي، توجب عليّ أن أقرر من أجل نفسي ما الطبيعي وما هو خلاف ذلك. رفضت أن أعيش بلا معنى». بدأ بروكس دراسة متعمقة للعلاج السلوكي المعرفي وخلق تقنيات مخصصة وفريدة له لتحليل حالاته العاطفية والمعرفية. جمع كل ذلك تحت ما أسماه بـ (العدسات) «كنت أعلم أن هناك خطأً جسيم في الزجاج المجازي الذي يشكل وجهات نظري، معتقداتي، حالاتي العاطفية، وأعددت نفسي لتصحيح العدسات لأستطيع أن أرى من خلال الزجاج بوضوح وعافية».

نجحت الخطة خلال اثني عشر عامًا، وعبر استخدام (العدسات) وطرق تقنية أخرى، كان بروكس قادرًا على تعريف الحياة التي أرادها والشعور بعافية كافية للسعي نحوها. أصبح مخرج أفلام، ومتحدث علني حول تجربته التي تضمنت العديد من المجازات

حول رحلته مع الذهان في فيلمه الأول (كينيفيل-Kenneyville). بروكس أيضًا كان جادا بشأن الكتاب الذي أراد كتابته. هو على وشك الانتهاء منه، وعنوانه (العدسات-The Lens). «من المؤكد أن هناك صعود وهبوط في الحياة، لكنني خرجت من الخوف الشديد، الحزن، جنون العظمة، والقلق، الذي شعرت به. أنا ممتن لكل شيء في حياتي حتى هذه الرحلة، فقد جعلتني أكثر قوة، واتصالًا مع نفسي أولًا ومع الآخرين».

بوب وسارة: خلط الفقد مع الاكتئاب

انتحر ابن سارة البالغ من العمر 33 عامًا، بعدما تناول خليطًا من مضادات الاكتئاب والحبوب المنومة. وُصفت له الحبوب بإهمال لفترة امتدت إلى ثمانية أشهر بعدما أصغى إليه الطبيب بإهمال أيضًا، رأى الطبيب بوب مرات قليلة بما مجموعه ثلاثون دقيقة، ولم يسأله مرة أخرى عما يدور في حياته. أصبح بوب بائسًا بعدما عانى من طلاق مؤلم ومعركة حضانة صعبة. كان بحاجة ماسة للمشورة ليتعامل مع الضغوط العاطفية والمشاكل العملية، لكن ذلك كله لم يجدِ نفعًا. كانت حصيلة بوب مزيد من خليط جرعات أدوية غير مجدية استخدمها مع بعضها لتصبح أخيرًا أداة لإنهاء حياته.

شهدت سارة تطور معاناة بوب، وكان لديها هاجس بأن الأمور ستنتهي على نحو كارثي، اجتهدت لمساعدته ولكن دون جدوى. كانت محطمة بكل ما تعنيه الكلمة «كنت في حالة خدر، في حالة حلم، أبكي طوال الوقت، غير قادرة على النوم، الأكل، التركيز، أو العمل. لم أكن أدرك كم كانت حياتي عظيمة إلى أن أصبحت بلا حياة. لم تستطع عائلتي تقديم المساعدة، والدي كان كاثوليكيًا متدينًا وانسحب من حياتي، وعادت أختي للشراب مجددًا».

بعد مرور أسبوعين، بقيت سارة تعيش في حداد وصدمة عميقة. اقترح أصدقائها أن تذهب لطبيب نفسي، على اعتبار أن ذلك سيساعدها على التخلص من آلامها واستعادة حياتها مجددًا. بعد لقاء قصير، شرح لها الطبيب بأنها مكتئبة سريريًا، ووصف لها ليكسابرو مع زيارة متابعة بعد ثلاثين يومًا. «أخبرت الطبيب أن ابني كان يتناول دواء ليكسابرو واستعمله لإنهاء حياته، وأنني قلقة من تناول أي دواء لأنني رأيت كيف كان أثرها السلبي والسيىء على حياته. كان الطبيب إكلينيكيًا، نحّى مخاوفي وفقدي بعيدًا. كنت بحاجة لشخص يفهمني ويشاركني الألم الذي أمرّ به، وليس وصفة دوائية باردة لألمي».

أخذت سارة الدواء لمدة أسبوعين وساءت حالتها أكثر. أصبحت أكثر هياجًا، وشعرت برغبة في الانتحار لتستريح وتكون بجانب ابنها بوب. أخطأ الطبيب عندما قال لها أن ذلك لا يمكن أن يكون عرضًا جانبيًا للدواء. «قال لي إن مشاعر الانتحار لديّ كانت نفسية، وسوف تذهب مع استمراري بتناول الدواء لثلاثين يومًا. توقفت عن تناوله فورًا. انتهت معه أفكاري الانتحارية، ولم تنتهي معاناتي وشوقي لابني».

توجب على سارة أن تعي ما تريد أن تفعله للمضي بحياتها. «بدأت بالاستشارة، وأصبحت ناشطة في مجموعات الحداد. كان هنا عزاء في إخلاصي لديني والكنيسة، مارست اليوغا، انخرطت في أنشطة بدنية، انهمكت في عملي، وغدوت معطاءة تجاه الآخرين في مجتمعي. كان لابني ابن، وأظن أن محبة حفيدي جيسون وحاجته لي قد أنقذت حياتي. واصلت العيش مع فقيدي كل يوم ودومًا سأكون كذلك، لكنني على الأقل شعرت بالحياة، وبعد سنتين استطعت الشعور بالفرح والضحك مجددًا».

قصة ميرا: الوصفات الطبية جعلت الأمور أسوأ

ميرا مخرجة أفلام وثائقية، دُعيت مرة إلى ورشة عمل فنية معزولة، حيث التقت هناك كاتبة تدعى جين. بينما كن يتحدثن عن اضطراب الوسواس القهري لدى جين، قلقت ميرا من أن يكون لديها نفس المشكلة. «كنت في جلسة علاج كلامي للاكتئاب مع معالج نفسي متمرس، دون استعمال أي علاج دوائي. لكن عندما وصفت جين اضطرابها الوسواس القهري كنت في قمة الإصغاء. كنت مثلها أيضًا! عندما كنت في الرابعة من عمري، كانت لدي عادة لهزّ نفسي على أنغام الموسيقى لأتمكن من النوم، توسع الأمر إلى ما يشبه الإكراه متى ما كان لدي بحث مناسب، صديق جديد، أو مهمة شاقة. يبدو تفكيري، لمعظم الوقت، بذلك الصديق الجديد وكأنه هوس، لا شك أنني كنت مضطربة بالوسواس القهري».

سعت ميرا للمشورة عند طبيب جين النفسي، الذي خُيِّل إليه أنه متخصص باضطراب الوسواس القهري، وأخطأ في تشخيص العديد من مرضاه بوصمهم بهذا الاضطراب. سرعان ما تراكمت التشخيصات، الأدوية، والآثار الجانبية لها إلى فوضى طائشة. أكد الدكتور Z بكل ثقة أن ميرا لديها وسواس قهري، وزاد على أنها ربما تعاني من بعض سمات اضطراب الشخصية الحدّية. وصف لها مضادات اكتئاب جعلتها تشعر بأنها أقل

اكتئابًا، لكنها أصبحت عصبية، متعكرة المزاج، ومفرطة النشاط. للتعامل مع هذه الأعراض الجانبية، وصف لها الدكتور Z مضادات ذهان جعلتها أقل هدوءً، لكنها أخرجتها عن طورها، فغدت متحمسة، بنظرة مزدوجة، وشعور أشبه بشعور الميت الحي.

«كنت أخبر طبيبي حول كافة الأعراض الجانبية، وفي كل مرة يجري تغييرًا. الريتالين ليجعلني متيقظة، سيروكيل لإجباري على النوم. اخفض جيودون أو ربما ارفع الجرعة، كان يقول لي ذلك بشكل ساخر عبر زيادة الأدوية التي تحايلت على أعراضها الجانبية. ربما يجب أن نضيف أبيلفي أو ريسبردال؟ كان دائمًا يضيف أدوية ونادرًا ما يطرح أخرى. كل تلك الأدوية مع هذا المنطق الغريب لبضع سنوات مقبلة. مع تبلد ذهني في تلك الفترة وصعوبة في التركيز». مع تزايد سوء الوضع قرر الطبيب Z أن ميرا لديها اضطراب ثنائي القطب فئة ب وأضاف مزيدًا من الأدوية.

كان المعالج النفسي لميرا متشككًا، لم ترَ هي أي دليل على وسواس قهري أو شخصية حدّية، أو حتى ثنائي القطب. قلقت من أن الطبيب Z لم يحثها على البحث بأعراضها أو خلفيتها المرضية، أو تلبية نداءها عندما تسأله عن أسباب التشخيص الذي لم يكن منطقيًا لها، وتلك الأدوية التي تسببت بالكثير من الأعراض الجانبية وجعلت الأمور أسوأ من قبل. «كنت أعرف أنني سأضطر للاختيار بين معالجي وطبيبي النفسي. شعرت بأنني طفلة بين والدين مطلقين، أصبحت في وسط معمعة مختلفة من الآراء حول ما أعاني منه. مع الأعراض الانسحابية لسيلكسا وتعمق الاكتئاب لدي، شعرت برغبة سحب حبل ما. كنت في قاع مظلم، انتحارية، غير قادرة على النوم ليلًا، أو البقاء مستيقظة خلال النهار. لم أتمكن من التوقف عن التفكير في كل الأخطاء التي صنعتها في حياتي، كل الفرص لصنع قرارات مختلفة، إعادة تدمير صور من الماضي وذكريات سيئة في فيلم لا نهاية له. لم يكن لدي خيار إلا الإكمال مع الطبيب النفسي».

لم يكن خيارًا حكيمًا، لكنه مفهومًا. كانت ميرا يائسة تريد الارتياح، وكان لدى الطبيب Z دومًا مقترحات جديدة، وأشياء لتهدئتها، وأخرى لتنشيطها. تسببت المطاردة المستمرة مع الأعراض الجانبية بأعراض جانبية أكثر من قبل. لحسن الحظ، تنتهي القصة بنهاية سعيدة. ذهبت ميرا لطبيب نفسي مختلف سحبها تدريجيًا من كافة الأدوية التي تتناولها. بقيت على جرعات منخفضة من لاميكتال وويلبوترين دون وجود أعراض جانبية». لم يكن لدي فكرة ما إذا كانت الأدوية تؤدي مفعولها أم لا، لكنني خشيت من الحياة

بدونها. لحسن الحظ، مع أدوية قليلة نسبيًا، لم أصل لمستوى الانتحار مرة أخرى، مجرد اكتئاب قصير يتعلق بخمول وقتي، والذي يأتي جراء توقفي عن العمل، ذلك لأن عملي كان مرتبطًا بعمل على فيلم أو تلفاز. لن أدع أحد يودي بي إلى الجنون عبر تناول خليط من الأدوية، ولم يتفق أي طبيب مع تشخيص الوسواس القهري، الشخصية الحدّية، أو ثنائي القطب التي اقترحها الطبيب Z. اعتمد اليوم على ممارسة الرياضة، التأمل، التغذية، الفيتامينات، وبودّي لو أعود للعلاج النفسي لو كان لدي مزيد من الغايات وجدول زمني ثابت. إنني قلقة من المتخصصين الذين يسمّون أي شيء باضطراب نفسي ويصفون له أدوية غير ضرورية».

بعد كل ما جرى، غمرت ميرا نفسها بالعمل مثل عوامة حياة، جنّدت نفسها للأعراض الجانبية، ونجحت نجاحًا مهنيًا كبيرًا. قادها الاعتراف بها إلى إنتاج فيلم أُختير لجوائز Sundance. تسعى الآن لأن تصبح أعلى من مخرجة أفلام، أن تحصل على عمل منتظم في بيئة تنافسية. وأن تصبح مستهلكة أكثر حكمة للأدوية والتشخيصات النفسية.

قصة ماريا: شوق إلى التعاطي

كان لماريا طفولة صعبة مع والدين هائجين. «كان والدي رجلًا طموحًا ببدايات متواضعة، له مزاج وصبر قليل تجاه (النساء العاطفيات)». لسوء الحظ، كانت والدتي عاطفية وهشة، وقد عانت من اكتئاب مزمن». كلا الوالدين كانا غائبين معظم الوقت، والدها كان يعمل في التجارة، ووالدتها تغيب بسبب انهيارات دورية. شخصية الأب الصعبة، وعدم استقرار الأم جعلا من الزواج أمرًا مستحيلًا. كانت ماريا بعمر الثامنة، وتعاركا بشأنها في معركة حضانة مريرة، استقرت أخيرًا عند الأب، ليأخذ ماريا للعيش في بلد آخر، وتحرم من والدتها لعشرين عامًا. كان الطبيب النفسي الذي قيّم ماريا في جلسة استماع الحضانة قد وصفها بأنها سريعة التكيف، طيبة للغاية، بصرف النظر عن كل المتاعب التي واجهتها. قام والدها بتوظيف سلسلة من المربيات «وانتهى بهم الأمر إلى تربيتي».

في مرحلة المراهقة جربت ماريا تعاطي المخدرات: الماريجوانا أولًا، ثم LSD، والأمفيتامين. أصبح سلوكها أكثر شذوذًا، وتدهور أداءها في المدرسة. «أعطتني المخدرات الشعور بالانتماء والارتياح من أجواء منزلي المتوترة». بعد المدرسة الثانوية، انتقلت ماريا إلى خارج المنزل، حصلت على وظيفة بدوام كامل، والتحقت في كلية المجتمع.

«عندما كنت في العشرين من عمري، بدأت أعاني من مشاكل في النوم، وشعورًا بالنشاط. زرت متدربة عامة، شخّصتني بالاكتئاب بعد زيارة استغرقت خمسة عشر دقيقة. أكّد لي التشخيص للمرة الثانية أن بداخلي خطب ما، لكن معرفة اسم المرض أكدّت لي أن الخطأ لم يكن خطأي». جاءت وصفة الطبيبة بإهمال مثلما كان تشخيصها، ولم يكن هناك زيارات متابعة، فقط حضور من أجل إعادة التعبئة. «في اليوم الأول أخذت نصف حبة باكسيل، شعرت بمثل ما أشعر مع الميث أمفيتامين. خلال المحاضرة لم أستطع إيقاف هز ساقي، وكانت لدي رغبة ملحة في النهوض والجري بأسرع ما يمكنني. في البداية كنت أستيقظ منتصف الليل، يغمرني العرق والخوف من حياتي. بحثت عن مخدر «مهدئ» لمفعول الإثارة، جربت الهيروين في المرة الأولى، مخدر متوفر بكثرة في محيطي من الفنانين والموسيقيين. تصاعد استخدامي العادي إلى عادة يومية، وكنت أسيىء استعمال الأدوية الموصوفة متى ما سنحت لي فرصة الحصول عليها، زاناكس، كلونوبين، فاليوم، فايكودين، ديلوديد».

زارت ماريا طبيبًا نفسيًا أجرى لها عدة اختبارات للوصول إلى تشخيص لها. «أخبرني أني أعاني من «اكتئاب مزمن»، و«اضطراب قلق معمم». مرة أخرى يشرعن لي التشخيص أن الخطأ ليس خطأي، لذلك فشلت! لم أتساءل عن كيفية تعاطيّ للمخدرات أو أن المشاكل (الحقيقية) التي لم تُحل في حياتي قد أثرت على نتائج اختباراتي». بعد ذلك، أحيلت ماريا إلى طبيب أدوية نفسية، «استمرت زياراتنا حوالي عشر دقائق، وواصل إعطائي المزيد من الأدوية. كمتعاطية للمخدرات، كنت سعيدة بوجود وصفة للمخدر الذي كنت أستخدمه على سبيل الترفيه. لكن الأمور ازدادت سوءًا في حياتي».

لم يحدّد أي منهما مشكلة تعاطي ماريا على أنها مشكلة أساسية، ولم يحاول أي منهما مساعدتها للتوقف عن التعاطي. بدلا من ذلك، استمرا بتقديم تشخيصات جديدة ووصف مجموعة محيرة من الأدوية. عندما لم تستجب لحبة واحدة يبدل تشخيصها ويجرب علاجًا آخر مختلف. سرعان ما شُخصت على أنها تعاني من ثنائي القطب ووُصِف لها مزيد من الأدوية. «كنت أتناول مزيجًا من المخدرات المشروعة بوصفة طبية وأخرى غير مشروعة، أصبحت أشعر باكتئاب شديد. واجهت صعوبة بالنهوض في الصباح، تركت الجامعة، ولأول مرة منذ أن كنت في الرابعة عشر أصبحت بلا عمل. أصبحت لا أرد على هاتفي، كنت خاملة على الدوام، وكان يومي عبارة عن خروج من المنزل فقط لشراء المخدرات

والجلوس أمام التلفاز. كنت في حالة إدمان تامة، سعيت للأدوية بالتلاعب مع طبيب الأدوية النفسي، خاصة الكلونوبين الذي كان له تأثير لطيف وشعور فوري بالاسترخاء. إذا ذكرت له أن لدي مشاكل مع النوم، يسارع بوصف أدوية (ممتعة)».

من يحتاج إلى تاجر مخدرات إذا كان لديك طبيب لا يعمل إلا بترويج الأدوية؟ ماريا كانت مدمنة. «ما دمت أشعر بالسوء مع استخدامي للأدوية، فكيف بدونها؟ أصبحت حياتي أكثر فوضوية وانعدام في الإنتاجية. وفقدت الأمل». لم يكن هناك تحسن، لذا، اقترح طبيب ماريا النفسي أن تُوضع في مصحة نفسية. قيل لوالد ماريا أن حالتها وراثية ومزمنة، وتتطلب رعاية مكثفة وأدوية طبية دائمة، وعليه يجب أن «يتركها لتذهب». طبيب آخر أكد تشخيصها وأضاف له ثلاثة اضطرابات، الشخصية الوسواسية، الحدية، والعدوانية السلبية. «كنت في الرابعة والعشرين من عمري، وكان لدي على الأقل ثمانية تشخيصات. أتناول خمسة عشر حبة في اليوم، وبدت حالتي ميؤوس منها تمامًا».

من حسن الحظ، أن والد ماريا رجل أعمال ناجح في إيجاد حلّ للمشاكل الصعبة، لم يقبل كلام الأطباء اليائسين من حلّ مشكلة ابنته. رتّب لإدخال ماريا وحدة علاجية طويلة الأمد مختصة بالإدمان. «كنت متأكدة من أمرين، أنني بحاجة للمواصلة على الدواء، وأنني سأخرج من المنشأة الصحية في غضون بضعة أشهر».

كان تكهنها خاطئًا في كلا الحالتين. توقفت ماريا عن استخدام المخدرات غير الشرعية، وقلّلت تدريجيًا من استعمال الأدوية الموصوفة، والتزمت بالبرنامج المعدّ. لم تصدق ما شعرت به من تحسن. «من الغريب أن أكون طبيعية، تأتيني فترات صعبة وسعيدة وتذهب، مثلما يحدث في حياة كل إنسان، لكنني تعلمت أن أتقبلها كجزء من حياتي. مضى الآن 12 عامًا وأنا الآن في السابعة والثلاثين بوظيفة مُجزية، وشريك رائع يقف إلى جانبي. يخطر في بالي كثيرًا، ماذا لو استسلم أبي واستمع للمتخصصين؟ أين سأكون؟ حقيقة أشعر بأنني محظوظة لأن خليط الأدوية الموصوفة وغيرها لم تقتلني. على عكس ما كنت أعتقد دومًا، وعلى عكس ما أخبرني الأطباء النفسيون، كنت طبيعية عندما توقفت عن التعاطي سواء مخدرات الشارع أو تلك التي وصفوها لي».

توازن السيىء والجيد

عندما يكون هناك محبة لفن الطب، ستلحقها محبة للإنسانية. والشفاء أحيانًا، والعلاج غالبًا، وراحة المريض دائمًا.

أبقراط

الجزء التالي من هذا الفصل سوف يخصص لتوضيح أمثلة يومية مألوفة لنجاح الطب النفسي، وهو التوازن المطلوب كي نضع الفشل والإخفاق في سياقه المناسب.

قصة روبرتا: الحيوانات أبقتها على قيد الحياة، والدواء كان شافيًا لاكتئابها

روبرتا معلمة اللغة الإنكليزية في مدرسة ثانوية، تبلغ من العمر ثمانية وخمسين عامًا، وتصف نفسها بالمرحة: «عانس، حيزبون، وساحرة بأفضل ما تحمل هذه الكلمات من معان». لكنها لم تكن وحيدة في حياتها. لديها عدة أصدقاء، تعيش في منزلها العزيز حيث ولدت فيه، ومحاطة بحيواناتها الأليفة، خنزير، ثلاثة كلاب، أربع قطط، سحلية إيغوانا، ثماني دجاجات، واثني عشر طائر غرّيد. توفي والدها فجأة وهي في الثامنة، وتوفيت والدتها قبل ثلاث سنوات بعد معاناة طويلة مع مرض تطلب رعاية فائقة. لطالما تحملت روبرتا كافة ضغوط الحياة بسموّ رفيع، وروح دعابة عالية.

جاءت مشاكل روبرتا النفسية كمفاجأة كبيرة، بدأت عندما باع أخيها مجوهرات والدتها وثمّن تحفًا قديمة ليشتري لنفسه قاربًا، فعل ذلك من دون مشورتها، أو استئذانها، ولم يقدم اعتذارًا لها. لم تستطع أن تغفر له أو تنسى هذه الضربة المؤلمة التي أصابت علاقتهما. كان شقيقها أفضل صديق لها، والوحيد الذي بقي من عائلتها. «شعرت بالوحدة، وعرفت لماذا حجز دانتي أدنى بقعة في الجحيم لأولئك الذين خانوا ثقته. كنت في حالة ذهول، وغرقت في اكتئاب عميق».

بكت روبرتا باستمرار، ولم تستطع الأكل، النوم، التركيز، والتحدث لأصدقائها، أو

حتى الابتسام. شكّل النهوض من السرير معاناة لها. كل يوم دراسي كان بمثابة عذاب مستمر إلى الأبد. كانت هائجة يتملكها «شعور فظيع بالخواء»، والذي أفسد ساعات اليقظة وبدّلها إلى نوم متقطع. «كلما تعمّق حزني، تزايدت رغبتي بالموت. في يوم من الأيام كنت في المغسلة أزحف على الأرض، أرتجي أن أموت. يقال بأنه لا وجود لملحدين في الخنادق، ربما نقول الشيء نفسه للمكتئب بشدة، في المنزل كنت أمشي ذهابًا وإيابًا بشكل متوتر».

التقت روبرتا بمعالجة متعاطفة، شخّصتها تشخيصًا سليمًا بالاكتئاب. «لكن لم يبدُ لي أنها تفهم عمق ألمي. كنت بحاجة لشخص مستعد لعمل أي شيء لي فورًا، وليس مجرد أحاديث». ثم ساءت الأمور، «في ذلك الوقت كنت مستعدة للانتحار، كنت أتجاوز يومي بأن أواسي نفسي بأنني أستطيع دومًا التوجه للمنزل بعد العمل وتناول علبة دواء القلب بجرعة زائدة. مما يبعث بداخلي إحساسًا بالسلام، أي: أنني أستطيع إنهاء هذه المعاناة متى ما تسنى لي ذلك. حيواناتي الأليفة هي من أبقاني على قيد الحياة، ولم أحتمل فكرة التخلي عنهم. الحياة أو الموت كان قرارًا يوميًا. اجتمع أصدقائي حولي وقدموا لي الدعم بطرق رائعة. مع ذلك، استمر الاكتئاب والشعور بالعزلة، وازداد الأمر سوءًا، وخيّل لي أنني لن أتعافى أبدًا».

قصة روبرتا لها نهاية سعيدة. كان هناك صديق لها كان يعاني أيضًا من الاكتئاب، وأقنعها بزيارة طبيبة نفسية. «وصفت لي مضادًا للاكتئاب، وأخبرتني أن الدواء يتطلب أسابيع لأدرك الفرق، لكنها أكدت لي أنني سأتحسن». خلال ثمانية أسابيع، وأربع زيارات للطبيبة، وثلاث زيادات في الجرعة، تحسنت حالة روبرتا بالفعل، وسرعان ما شفيت تمامًا. «في أحد الأيام، في اجتماع مدرسي، ألقيت بملاحظة ذكية لصديقة تجلس بجانبي، ردت عليّ: (لقد عدتِ!) أستطيع الضحك والابتسام من جديد. استعدت شهيتي للطعام والحياة، واختفت مشاعر الخواء بداخلي. كنت قادرة على رؤية الأمور بشكل فعلي، ووضع خطط مستقبلية. عندما أنظر للخلف، مجموعة حيواناتي، وحب أصدقائي، وعلاجي، كلها أعادتني مرة أخرى للسواء. استعدت حياتي وأنا ممتنة بشدة. هاجسي الحالي أنه في يوم ما، ولسبب ما، سيعود لي الاكتئاب. ولا أريد أن أشعر بذلك مرة أخرى. لكن على الأقل، سأكون هذه المرة على دراية بما يجب فعله».

قصة بيل: إبقاء التقلبات المزاجية تحت التحكم

لم تمنع بيل إصابته باضطراب ثنائي القطب من أن يحظى بمهنة المخطط لمدينته لخمسة وثلاثين عامًا. في التاسعة والعشرين من عمره، كان بيل على قمة العالم يخدم كمدير لمشروع تجديد حضاري كبير، مُجهد للغاية، لكن ذلك كان «حُلم» حياته. ثم وصل إلى أدنى مستوياته- فقد سُحب التمويل من المشروع، وضاع العمل و«تحولت طاقاتي الجنونية إلى اكتئاب». نجح علاجه عن طريق الأدوية والعلاج النفسي، حصل على مهنة جديدة، ومضت الأمور على أحسن ما يرام لستة أعوام، لم يكن خلالها بحاجة لأي علاج دوائي.

أصابته نوبة الاكتئاب الثانية فجأة بدون مقدمات، وكانت أخطر بكثير من سابقتها. «أغرقت نفسي بالعمل لكن بلا طائل، شعرت باليأس والتشتت، ورغبة انتحارية شديدة. أُحلت إلى التنويم والعلاج بالتخليج الكهربائي-ECT، لكن لحسن الحظ، جاء مفعول مضادات الاكتئاب في الوقت المناسب، وطردت الاكتئاب عني تمامًا. بعدها تحولت للاتجاه الآخر، هوس كلي وأفكار متسارعة، خطط مبالغ بها لمشاريع ضخمة ومستحيلة، إلى جانب أفكار غريبة للغاية. شعرت بأن كل من ينظر لي سيبلغ الشرطة أو المخابرات الفيدرالية. فعلت أمورًا غريبة مثل شراء ثلاثين كتابًا ضخمًا عن الكون وتاريخ الإنسان، من دون أن أفكر بحقيقة أنها ستكون ثقيلة جدًا عند حملها إلى المنزل، وطويلة جدًا لأنهي قراءتها. لحسن الحظ، أتى الليثيوم بمفعوله، وسرعان ما عدت للاستقرار».

بقي بيل مستقرًا لخمسة عشر عامًا، حتى اتفق هو وزوجته وطبيبه على قرار إيقاف الليثيوم، بسبب المدة الطويلة التي قضاها دون وجود نوبات، وحقيقة أن الدواء بدا وكأنه يوهن شخصيته. فشلت التجربة، «خلال ثلاثة أشهر عدت مهووسًا مرة أخرى وأدركت أنني سأكون بحاجة للدواء دومًا. لذلك، تحولت لمثبط مزاج آخر كان له مفعول السحر في السبعة عشر عامًا الأخيرة. مؤمن بأني معرض للخطر دومًا، لكن الدواء يمنحني الاستقرار».

تقاعد بيل من التخطيط في الخامسة والستين، ليبدأ بمهنة ثانية «حاليًا، أنا معالج نفسي متدرب مع خمسة عشر مريضًا، معظمهم يبلون جيدًا في علاجهم معي».

قصة سوزان: السيطرة على اضطراب الهلع ورهاب الخلاء

سوزان ربَّة عمل تبلغ من العمر خمسة وثلاثين عامًا، متطوعة، كاتبة، تصف نفسها بأنها جامعة للشهادات الجامعية. في سن العشرين، كانت طالبة جامعية تتطلع للحصول على مستقبل مشرق، نشطة اجتماعيًا لها عدة أصدقاء. فجأة من دون سابق إنذار، تحولت حياتها إلى جحيم يمتلئ بنوبات من الذعر، وأصبحت مُكرهة على تجنب أي شيء يثير هذه النوبات.

«أول نوبة أتت من حيث لا أعلم، خططت للقاء أصدقائي لمشاهدة فيلم، وبدأت تداهمني أفكار غريبة بأنني سأمرض داخل السينما، أو أصبح مجنونة أمام الناس. لم أستطع التنفس، انقبض صدري، وشعرت بالدوار بشكل رهيب، لم يكن لدي أي فكرة عما يحدث، وارتعبت من فكرة كوني مجنونة».

تواترت النوبات تدريجيًا، وأصبحت تحدث كلما حاولت سوزان الذهاب لمشاهدة فيلم، عشاء، حفل، أو أي مناسبة اجتماعية أو مكان لا يمكنها أن تهرب منه، فتشعر بالذعر. «ببطء تنامت قائمة الأشياء التي حاولت تجنبها أكثر فأكثر، حتى أصبحت حبيسة المنزل، لا أغادر شقتي إلا للضرورة وبرفقة صديق. رغبت بالموت أكثر من أي شيء آخر».

بعد ثماني سنوات، وزيارات لواحد وعشرين طبيب رعاية أولية، عشرات الأدوية، والعديد من أشعة الرنين المغناطيسي والفحوصات، لم تحصل سوزان على أي إجابات. يغيب تشخيص اضطراب الهلع عن الأطباء في كثير من الأحيان، وذلك لأنهم يجهلون أن أعراضه الجسدية سببها فرط التنفس، مما يؤدي لفحوصات غير ضرورية، وعلاج مكثف لمشاكل طبية متخيلة.

الطريف في النهاية، زارت سوزان طبيبًا نفسيًا الطبيب S، بعد ساعة كان لديها جوابًا شافيًا لهذه الأعراض الجسدية، واستطاعت التحكم بها عن طريق التنفس ببطء. أُضيء العالم من حولها عندما أخبرها الطبيب بثقة أنها ستتحسن حتمًا. وقد كان الطبيب على حق، حيث استخدمت سوزان العلاج لمواجهة مخاوفها واستعادة حياتها. «الآن أخرج مع أصدقائي، أتسوق، أذهب للسينما، استخدم وسائل النقل العامة، وأفعل كل ما يحلو لي على طريقتي الخاصة. واصلت التحسن ووضعت أهدافًا واقعية لكل سنة. يعود رهاب الخلاء عندما يكون الضغط عاليًا، لكن لأنني على وعي بما يدور

حولي، كانت النوبات قصيرة، وأعرف كيف أتغلب عليها دون أن أتجنب شيئًا. أحب حياتي وأرغب بمشاركة ما مررت به مع الآخرين لكي أساعدهم وأجنّبهم المعاناة التي لقيتها».

بول وجانيت: مواجهة اضطراب ما بعد الصدمة

دارت السيارة وخرجت عن السيطرة لتصطدم أخيرًا بشجرة، وعلى الفور تُوفي ماكس الابن ذو الخمسة عشر ربيعًا. وقعت مأساة العائلة على طريق زلق في رحلة تزلج إلى سويسرا. احتل ماكس المقعد الأمامي لأنه أكثر عرضة لغثيان السيارة. أصيبت أخته آني ووالديه بجروح بالغة لكنهما نجيا وأعيد تأهيلهما جسديًا خلال بضعة شهور.

لم يتحدث كل من بول وجانيت عن الحادثة أبدًا، لكنهما لم يتعافيا منها عاطفيًا. تُركت غرفة ماكس شاهدًا على موته، على نفس الفوضى التي لطالما وصفت حياته، لم تُحرك ورقة، ولم يُنقل حذاء أو قبعة بيسبول لمكان ما، تُرك آخر واجب مدرسي له كما أكمله. كان في ذهنيهما بشكل مستمر، لكنهما لم يجرؤان على الكلام عنه، أو البكاء، أو مشاركة المعاناة بينهما، الكل كان خائفًا من إزعاج الآخر. «كنا جميعًا في رسوم متحركة متوقفة، تمر بنا تقلبات الحياة وتحركاتها، لكننا مصابين بخدر تجاه الحياة الحقيقية. تباعدنا، وجّهنا اللوم لأنفسنا، ولم يكن لدى أيّ منّا الكثير لنقدمه لابنتنا آني، قلوبنا مكسورة، عقولنا مضطربة، وأرواحنا خاوية».

تمتع كلا الوالدين برزانة ظاهرية، أما من الداخل فقد تأرجحا بين الكوابيس، ومطاردة صور ماكس وجسده المشوه لهما. لم يستطع بول قيادة السيارة مرة أخرى خشية أن يفقد السيطرة مرة أخرى ويقتل شخصًا آخر. كلاهما تجنبا رحلات السيارة متى ما كان ذلك ممكنًا، أو حينما يغلبهم الفزع. بعد سنة من الحادثة بقيا يجفلان من صوت منبه السيارة، أو انزلاقها، أو تسارع عجلاتها. ولم يستطع أيّ منهما التركيز، تناول الطعام، أو النوم بشكل جيد. كانا عصبيان، يعيشان تحت سحابة، ويمشيان على قشر بيضة.

كانت آني مكبوتة تبكي بشكل متقطع، لكن ضررها النفسي أخف من والديها. افتقدت أخيها وشعرت بالأسف لفقده وبالأسف لما يحدث لوالديها، لكن لم يكن لديها ذكريات عن الحادث وفضلت العودة لحياتها السابقة، مدرستها وأصدقائها. بالنسبة لبول وجانيت: «توقفت حياتنا عندما توقفت حياة ماكس. كان الواجب أن نموت نحن بدلًا عنه. كان لديه

كل شيء يتطلع له، ليس لدينا شيء نعيش لأجله. كم كانت فكرة غبية أن نذهب في رحلة تزلج عبر طريق غير مألوف».

كان بول طبيب قلب، وكانت جانيت ممرضة غرفة عمليات. أمضى بول أربعة أشهر قبل أن يكون مستعدًا نفسيًا وجسديًا للعودة للعمل، فيما أمضت جانيت ثلاثة أشهر. كان العمل خلاصًا لكليهما، والمكان الوحيد الذي يمكن أن يكونا فيه بصورة طبيعية. لكن جانيت كانت تعاني من نوبات ذعر عندما تتعامل مع حوادث الصدم، وكان عليها أن تقيّد نفسها بالجراحة الاختيارية. فيما شعر بول بأنه غير قادر على معالجة المراهقين. «لم يرغب أيّ منّا بمساعدة نفسية، وكلانا يعلم أنه بحاجة لها. قدم طبيب العائلة أفضل ما بوسعه، لكن مضادات الاكتئاب والحبوب المنومة لم تكن ذات جدوى. قال الطبيب النفسي أننا لن نتجاوز ألم فقد ماكس، لكننا نستطيع، بل علينا أن نجد طريقًا للمضي قدمًا، هذا ما نُدين به لآني، لذكرى ماكس، ولبعضنا، أن نقدم تضحية عظيمة متطلبة للعلاج. علينا أن نتواجه بشكل كامل ونتشارك ألم فقدان ماكس، لا مزيد من كبت المشاعر، أو الحزن السري. يعني هذا أن نبحر بذكرياتنا معه معًا، ونتقبل موته أخيرًا بإفراغ غرفته. وصلنا لإدراك وتصديق ذكرى ماكس دون أن نحاول إيقاف الساعة أو التظاهر بأنه ليس ميتًا بعد. كان علينا أيضًا مواجهة رعب الحادث وليس تجنبه. يعني هذا أن نناقشه، ننظر إلى الصور المروعة، ونعود للقيادة مجددًا. كان العلاج موجعًا، تجربة مريعة، لكنها أعادتنا ليس بشكل كامل، بل جزء منا. تحررنا، عدنا نحب بعضنا مرة أخرى، ونقوم بواجبنا تجاه آني».

لا يوجد دواء للحداد. علاج اضطراب ما بعد الصدمة ليس فعالًا على نحو جيد، وأحيانًا يضيف مشاكل جديدة. كل شخص لديه أسلوب خاص للحزن والتعامل مع تجارب الحياة الكارثية. بالنسبة للكثير، أفضل نهج على المدى الطويل هو أشدها إيلامًا على المدى القصير. يتطلب القبول والتحفيز مشاركة وإحياءً للذكريات المروعة والمشاعر الموجعة. إن مواجهة الحدث بدلًا من تجنبه غالبًا ما تكون الطريقة الوحيدة لاستعادة التحكم والسلام الذهني. يمكن أن يتم ذلك مع العائلة والأصدقاء، لكن إذا كانت المشاعر محكمة الإغلاق فالأفضل أن تستعين بمتخصص نفسي، وأحيانًا يكون من الضرورة الاستعانة به.

قصة بيتر، هزيمة لعنة العائلة (الميلانخوليا والانتحار)

بدا أن بيتر قد تحدى الصعاب بطريقة ما. فعلى الرغم من تاريخ الاكتئاب الطويل وحالات الانتحار المتعددة في كلا الجانبين من عائلته، إلا أنه أبحر بحياته بسعادة غامرة، ونجح ببراعة في كل شيء. في سن السابعة والأربعين كان يدير عملًا كبيرًا، لديه عائلة جميلة وسعيدة، وكان ركيزة لكنيسته ومجتمعه. ثم بعد تقلبات لأعمال تافهة نسبيًا، بدأت الأمور تنهار بسرعة.

«لا أدري لماذا، لكنني فقدت تدريجيًا كل ثقتي بنفسي وقدرتي على اتخاذ القرارات الصحيحة في مجال العمل والعائلة. بدأت أتفكر في كل الأخطاء التي عملتها في حياتي، وشعرت بأني خيبت ظن كل واحد في العمل والعائلة. قلقت بشكل زائد نسبيًا، لم أتمكن من النوم لأن ذهني يخوض سيناريوهات كارثية لفشل مستقبلي. فقدت خمسة عشر رطلًا، وشعرت بالهياج والبرودة الشديدة في الوقت نفسه».

اقترح شقيق بيتر، وكان طبيبًا، الحصول على فحص طبي شامل واستشارة نفسية أيضًا. كان بيتر موافقًا على الفحص ومعارضًا للطبيب النفسي. كان مستقلًا، وكتومًا، ويخشى أنه يستسلم للمرض الذي عانت منه عائلته بشكل بالغ. فضّل ركوب الموجة العاصفة والانخراط في شؤون نفسه وعمله معًا.

جاءت جميع الفحوصات سلبية، لكن أعراض بيتر ازدادت سوءًا، «أصبحت منطقيًا تمامًا بشأن المال، واقتنعت أنني أقود نفسي وعملي إلى الإفلاس، رغم ما أطلعتني عليه زوجتي والمحاسب من توازن صحي. كنت مصرًّا على أن مصلحة الضرائب ستقوم بالمراجعة وينتهي المطاف بي إلى السجن، بدأت أشعر باليأس والانتحار، لو كان لدي الطاقة والوسيلة. لربما قتلت نفسي. كان الألم بهذا السوء ولم أستطع التخلص من قناعة مجنونة بأنني قمت بأمر جنائي وأستحق العقاب عليه. لم أرد أن أكون عبئًا على عائلتي وأعرضهم للإذلال العلني. كان جنونًا قطعيًا لكنني كنت مصدقًا لكل ذلك».

اجتمعت العائلة وأصرّوا على بيتر أن يزور طبيبًا نفسيًا. بعد رؤية الطبيب النفسي أكد الطبيب لبيتر بأنه محق في التشخيص، فقد كان اكتئابًا، لكنه مخطئ في تكهنه السوداوي. قد يستغرق الأمر بعض الوقت لكن العلاج قطعًا سيكون له فعالية، شريطة أن يتخلى بيتر عن شكّه بذلك ويضع جهده وأمله في الشفاء. الخطوة الأولى: الدواء، يصحبه بعد ذلك

العلاج المعرفي، متى ما كان بيتر مستعدًا له. الانتحار يجب أن يكون خارج الإطار، لأنه سيخلق عبئًا أكبر على العائلة، ولا يبدو منطقيًا حينما تكون احتمالات الشفاء منعشة.

«يا له من ارتياح، كانت ضربة على المستوى الشخصي، وشعرت بالأمل مرة أخرى لأول مرة منذ أشهر. استغرق الأمر بعض الوقت لأخرج حقًا من الاكتئاب، لكني لم أصل للحضيض مرة أخرى، وكنت قادرًا على معالجة مخاوفي على أنها مخاوف بعيدة عن الواقع. مرت حتى الآن ثلاث سنوات، لم تحدث لي أي انتكاسة. لن أشعر بالأمان المطلق من عدم الإصابة بالاكتئاب مرة أخرى، لكنني على الأقل سأكون مستعدًا لمعالجته بسرعة قبل أن يستفحل».

قصة كليو: التركيز على اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

كفتاة، كانت كليو تتكلم بصورة ملفتة، لدرجة أن الناس يمزحون بأنها ابتلعت مذياعًا، كانت نشطة بشكل بالغ لدرجة تعريض نفسها لكدمات من جراء سقوطها أو اصطدامها بالجدران. في المدرسة كانت تهز كرسيها، وكان لديها مشكلة في المتابعة مع معلمتها لكنها تمكنت مع ذلك بأن تكون أفضل طالبة في الصف.

كان والدا كليو أستاذان من أصول لبنانية، هاجرا إلى أستراليا عندما كانت رضيعة. شعرا بسعادة غامرة لوجود هذه الابنة، استأجرا مربية لاحتوائها، وقررا عدم إنجاب المزيد من الأطفال. «لم يكن لديّ أي تشخيص، ذلك لأن والدي كان لديهما تحيّز ثقافي ضد قبول فكرة المرض النفسي، إلى جانب أن المدرسة كانت جيدة، وأداؤها الأكاديمي كان جيدًا. لكنهم لم يكونوا على علم بما يبدو عليه العرب الأسوياء، ناهيك عن غير الأسوياء».

تدهورت الأمور عندما بلغت كليو الخامسة عشر. أصبحت مكتئبة، مشككة بذاتها، تخشى الفشل، وتشعر بأنها قد أُقصيت من عائلتها، وأصبحت بلا أصدقاء، تداهمها أفكار انتحارية. «رفض والديّ مرة أخرى مفهوم المرض النفسي. وكان عليّ أن أتعامل مع المشكلة لوحدي. كوني مهاجرة كنت غير مستعدة، وضعيفة أمام عالم بدا قاسيًا جدًا. حتى رؤية الناس السعداء تجعلني انخرط في البكاء، لرغبتي بأن أكون مثلهم بشدة».

رغم الفوضى الداخلية، تخرجت كليو من المدرسة الثانوية مبكرًا بستة أشهر، بدأت المرحلة الجامعية، وتخصصت في علم النفس أملًا أن تفهم ذاتها بشكل جيد وتساعد الآخرين. لكنها في سن السابعة عشر، ولم تكن مستعدة بعد. «اختفت كل علامات الامتياز،

كل شيء كان صعبًا بشكل بالغ، ولأول مرة في حياتي كنت طالبة بعلامة جيد، مشتتة من أبسط الأشياء، وظل عقلي يقفز من فكرة لأخرى. ما أن أبدأ بتسجيل الملاحظات حتى ألحظ أن المحاضر قد بدّل شرائح العرض، كانت الجمل غير مكتملة، وحينها أكون قد نسيت كل ما كان يتحدث عنه. بالكاد أقرأ صفحة قبل أن يتشتت ذهني عمّا كنت أقرأه ابتداء، وتوجب عليّ أن أضع مسطرة تحت كل سطر لأنني استمر بتضييع المكان. تقفز الأفكار الأخرى في ذهني لأنهض وأعمل أشياء أخرى، ثم أتذكر أنه من المفترض أن أقرأ. بقدر ما حاولت بصعوبة لم أستطع الحصول على الدرجات التي كنت أحصل عليها، وشعرت بالفشل».

أُحيلت كليو للعلاج لكن المعالج لم يعجبها. «وجدت عدم وضوح في تشخيصي، وكان النقاش حول ذلك غير مقبول ومحبطًا لي. لم يبدُ الأمر منطقيًا مع تلك الفوضى التي خلقها اضطرابي. شعرت بأن علاجه يستلزم معرفة ماهيته أولًا».

حصلت كليو على رأي ثان، والرأي الثاني شرح لها اضطرابِ فرط الحركة وتشتت الانتباه وتأثيره على حياتها. «بعدما تلقيت تشخيصًا نهائيًا كنت كمن أُنقذ من أمر ما، شعرت بأنني فُهمت أخيرًا. وأدركت أيضًا أنني لم أكن غريبة، وأن هناك أخرين مثلي، ولم يكن خطأي أن لدي أمورًا تزعج الآخرين. ساعدني المعالج النفسي على فهم معنى أن يكون لديك اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وقدم لي استراتيجيات متعددة وتقنيات للدراسة. أعارني كتبًا عن الاضطراب، وأحالني لمواقع على الإنترنت أيضًا. بدأت بتثقيف نفسي والبحث عن اضطرابي، وأصبحت أكثر وعيًا بأعراضي وطريقة التعامل معها».

تحسنت كليو كثيرًا وتخرجت من الجامعة، لكن لا زال لديها صعوبة في التركيز، وبدأت بتناول الريتالين للتحسن. «كانت النتائج مذهلة، زاد اهتمامي وتركيزي بشكل كبير، وجدت نفسي قادرة على الجلوس والكتابة على الكمبيوتر لمدة ثلاث ساعات». حصلت كليو على النجاح مع مرتبة الشرف الأولى. «بعد عشر سنوات من تجربة التفاوت بين قدراتي الحقيقية ودرجاتي الأكاديمية، شعرت أخيرًا بأنها تلبي إمكانياتي. وشعرت بنفسي مرة أخرى. ساعدني الجمع بين الدواء والعلاج النفسي بشكل كامل. كان الحصول على تشخيص سليم مساعد على التعامل مع الضغوط، تحمل المسؤولية، والشعور بالقدرة على التحكم بحياتي». كليو الآن أخصائية نفسية تربوية تساعد الآخرين على تلبية إمكانياتهم.

قصة هنري: العيش مع الفصام

كان هنري طفلًا خجولًا وانطوائيًا، كبر ليصبح مراهقًا غريبًا مهووسًا بالروحانيات، الخيال العلمي، ونظريات المؤامرة. عند بلوغه الثامنة عشر، كان لدى هنري قناعة ثابتة بأنه يستطيع التواصل مع أرواح أجداده عن طريق تلقي أوامر صوتية وفك شفراتها عبر الإنترنت. آمن بأنه مكلّف بمهمة خاصة لحماية الولايات المتحدة من تخفيف مخزونها القوقازي، والاستيلاء العدائي من القوى الأجنبية أو الأمم المتحدة. كان هنري خائفًا، حاد الملاحظة، لم يستطع أبدًا أن يخيّب ظن حرّاسه. لقد استطاع حرسه السيطرة على عديد من الوكالات الحكومية، وحصلوا على تكنولوجيا سمحت لهم بملاحظة تحركاته، مراقبة أفكاره، وممارسة السيطرة على أفعاله.

ينام هنري يوميًا وهو يقرأ أدب المؤامرات، ويبحث في الإنترنت ليلًا. انسحب من المدرسة، وطال هذا الانسحاب عالمه الحقيقي، وبقي على اتصال مستمر مع أصواته وعبدًا مطيعًا لأوهامه. كان والدا هنري يتقاسمان التوجه السياسي، لكنهما كانا يشعران بالجزع بسبب أفكاره وسلوكياته المتطرفة والغريبة. شعرا بالشلل: «كان هنري يتراجع لعالم آخر لم نتمكن من الدخول له. يصبح غاضبًا بشدة ويصرخ بصوت عال عندما نحاول الحديث معه، أو عندما نطلب منه عمل أمر معين. رفض الذهاب إلى الطبيب وكنا بالفعل خائفين منه. تخلصنا من أسلحتنا، لأننا قلقنا من أن يصبح عنيفًا».

جاءت الأزمة عندما حاولت والدة هنري تنظيف غرفته عندما شعرت بأنها أصبحت خطرة على صحته. أخذ هنري هذا على أنه فعل عدائي، وأنها تعمل الآن بناء على أوامر من العدو. دفعها خارج الغرفة بعنف، وهددها بسكين ثم شعر بذنب فظيع وبدأ بالبكاء دون سيطرة على نفسه، كان يصرخ بأنه يريد قتل نفسه، استُدعيت سيارة الإسعاف، وأُدخل هنري إلى مستشفى الأمراض النفسية.

كان التشخيص مريض بالفصام، وبدأ بتناول مضادات الذهان. عمل الدواء بشكل جيد، وهدأ هنري بشكل سريع. لكن استعادة الواقع عملية أبطأ، لن تكتمل قبل خمسة أعوام. «لاتزال هناك أصوات، خاصة عندما أكون مضغوطًا أو لا عمل لدي، لكنني أستطيع التمييز عادة بأنها غير حقيقية. ارتحت بشكل كبير لأنني مُراقب أو تحت التحكم طوال الوقت، لكنني أحزن أحيانًا لأنني لست في مهمة لإنقاذ البلاد. أُصاب

بخيبة لأنني لا أملك دافعًا واضحًا. أحاول أن أفعل أمورًا أخرى لتبقيني على انشغال دائم».

كان هنري قادرًا على بناء علاقة وثيقة مع طبيبه النفسي. كان العلاج مشتملا على أدوية وزيارة نفسية أسبوعية تركز على فحوصات الواقع وتمارين المهارات الاجتماعية. تخرج هنري من المدرسة الثانوية، كان لديه تنويم مرة واحدة في المستشفى ولفترة وجيزة، وعمل بجد في فترته العلاجية ليصنع حياة جيدة له. حوّل اهتمامه المستمر في الخيال العلمي إلى ميزة كبيرة، وكسب المال من شراء وبيع التذكارات على الإنترنت، وكوّن صداقات مع المهتمين بالخيال العلمي. بدأ مؤخرًا بمواعدة فتاة هي أيضًا من المهتمين بالخيال العلمي.

قصة براندي، الخروج من دوامة المزاج المتقلب لاضطراب الشخصية الحدية

كانت براندي امرأة شابة، بعاطفة قوية متهورة، ومدمرة ذاتيًا لها، وهي ما قادها لحياة مضطربة وصاخبة. لم يكن لديها أدنى صعوبة في الدخول لصداقات، لكنها تشعر بعجز عن إنهائها دون شعور بالإحباط أو الأذى. استمر هذا النمط بالحدوث مرة تلو مرة. كانت براندي تتوقع الكثير جدًا، وسرعان ما تصل إلى الخوف من الرفض وتعمل بطريقة غاضبة متلاعبة تضمن لها أن أسوأ مخاوفها سوف تتحقق. «ثم بعدما أهجر، أفقد التحكم بنفسي. وقد فعلت أمورًا غبية جدًا، خسارة صديقي الحميم جعلتني أشعر بأنني ممزقة داخل ثقب أسود. تشويه نفسي وجرحها جعلني أشعر بالهدوء، فالألم الجسدي يتفوق على العاطفي في أي يوم».

كانت مدرسة براندي، عائلتها، وحياتها الاجتماعية في حالة فوضى تمامًا مثلما كانت حياتها العاطفية. هي ذكية بالفعل، لكنها لم تستطع الالتزام بالمهمة التي تعمل عليها، وكانت دومًا مخيبة للآمال وخائبة الأمل. في الخامسة والعشرين كان لديها ثلاثون ساعة معتمدة للتخرج بعدما حضرت أربع كليات مختلفة وتأخرت في كل واحدة منها. لم تكن براندي تتحدث مع عائلتها بشكل متواصل، باستثناء شقيقة واحدة، وكانت صداقاتها تستمر عادة لأشهر فقط قبل أن تنتهي بشكل عاصف. لم يكن للعلاج النفسي فائدة تذكر ولو قليلًا، وانتهت العديد من البدايات الواعدة بشكل سيء.

ساءت الأمور لأدنى درجة عندما حاولت براندي إنهاء حياتها باندفاع، تناولت عشر

حبات من الحبوب المنومة. أُدخلت للمستشفى في تلك الليلة ثم أُحيلت إلى برنامج العيادات الخارجية للعلاج السلوكي الجدلي. «شعرت بالفرق مع العلاج السلوكي الجدلي من الدقيقة الأولى. تفهمني الآخرون وقبلوني، لكنهم أيضًا توقعوا أنني سأتغير، وأتحلى بمسؤولية أكبر تجاه نفسي وأفعالي. لم أستطع التلاعب بهم أو خداعهم، بل شعرت بأنهم مهتمين حقًا، عرفوا كيف يساعدونني لأساعد نفسي. أحب معالجتي النفسية، وأود لو أكون مثلها».

تعلمت براندي طرقًا للحد من التدمير الذاتي لنفسها. وضعت مطاطًا حول رسغها بدلًا من قطعه بأداة الحلاقة. كانت تمشي ببطء في علاقاتها، تتوقع القليل من التوقعات، وتنهيها بملاحظة هادئة. أنهت براندي الجامعة، وتعمل الآن على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي. «لا زالت مزاجيتي حاضرة، ويمكن أن أكون هشة، لكنني أنضج بسرعة، وأعتقد أنني جاهزة لاستخدام تجربتي في مساعدة الآخرين».

قصة آدم: التغلب على اضطراب الوسواس القهري

كان آدم مرشحًا للدكتوراه يعمل على مشروعه البحثي لمدة سبع سنوات، وبدا أنه غير قادر على إكماله. في كل مرة يسأله المشرف عن جاهزيتها للتسليم، يصبح آدم مهووسًا بما يبدو له عيوبًا صارخة، وكان مقتنعًا تمامًا بأنها بحاجة لتشذيب وإعادة تنظيم. يتمخض طوال الليل بأفكار مقلقة حول فشله، والتي لا تحيد عنه إلا عندما يبدأ بمراجعة مكثفة، يضيف موادًا جديدة ويتخلص من فصول ومراجع، ويضيف أخرى جديدة، حتى تضمن له أنه غير قادر على إنهاء العمل وعليه أن يقدمه للمراجعة مرة أخرى.

«كنت أعلم أنني مجنون بإنتاج عكسي، لأنني واصلت إعادة العمل على أطروحتي، لكنني كنت أشعر بأني محاصر، ولا أملك القدرة على التحكم بأي عملية. المراجعة المستمرة كانت غباء، لكنني أُصبح قلقًا أكثر إذا لم أقم بها، ولم تكن الأطروحة فقط، كنت أقضي ساعة حتى أتجهز كل يوم، أتبع طقوسًا معقدة يلزم أن تتكرر من البداية حتى النهاية، وإذا لم تكن كذلك أقوم بتكرارها حتى تنتهي كلها بشكل سليم. يومي أيضًا يكون عبارة عن الأكل بصمت، وهناك طقوس للنوم، وكنت أقضي وقتًا طويلا في صلواتي».

بدأت طقوس آدم في طفولته، وتراكمت تدريجيًا خلال حياته، حتى سيطرت على كافة وقته. إلى جانب هذا كان آدم يقاوم العلاج، ظانًا بأنه سيجعله أكثر قلقًا لأنه يتداخل

مع طقوسه. لكنه وصل أخيرًا إلى نقطة اللاعودة، وذلك عندما هدده المشرف بالطرد من برنامج الدكتوراه إذا لم يقم بتسليم أطروحته في الموعد النهائي القادم.

«كان الطبيب النفسي رجلًا طيبًا، تفهم الضغوط التي عانيت منها. شرح لي بأن الطريقة الوحيدة لهزيمة الوسواس القهري هي في مواجهة القلق، وليس تحييده عبر الطقوس. الحصول على شهادة الدكتوراه كان سهلًا لكنه كان مخيفًا أيضًا، فقد كان عليّ أن أسلم المسودة الأخيرة لرسالتي دون أن أقرأ صفحة واحدة منها. لم يكن لدي خيار في الحقيقة، فاخترت الغوص. كان الأمر مرعبًا لعدة أسابيع، لكن اللجنة منحتني درجة الدكتوراه سريعًا ومضيت في طريقي».

أظهرت طقوس آدم الأخرى صلابة أكبر، لأنها كانت مبنية في ثنايا حياته اليومية، وكانت أقل تدميرًا له بشكل واضح. لكن عامين من العلاج الدوائي والنفسي أعادا له يومه بشكل تدريجي. «لايزال لدي طقوس قليلة، لكنها لا تأخذ وقتًا طويلًا، وأشعر بأنني رجل حر منذ عدة سنوات».

الوصول إلى الطريق السليم

إن سوء التشخيص النفسي يمكن أن يكون كارثة تؤدي إلى علاج مكثف بمضاعفات مروعة، وتأثيرات بالغة على حياة المريض. أتت أسوأ الأخطاء من أطباء نفسيين جمعوا بين الجهل والغطرسة، ممن جهلوا عملهم وتصرفوا كما لو أنهم على علم بعملهم. غالبًا ما يكون هؤلاء الأطباء تحت تضليل البدع، يتّبعون نظرياتهم الضعيفة بسذاجة بدلًا من التعلم من مرضاهم. يفرطون في التشخيص لأنهم يرون (أو يتخيلون) المرض عند مرضاهم فقط، غافلين عن أمر الصحة تمامًا. تتكرر الأخطاء أيضًا عندما يُجرى التشخيص بشكل عارض من قبل أشخاص غير مؤهلين بلا تدريب كاف. إن التشخيص النفسي عمل جدّي بعواقب كبيرة قد تستمر مدى الحياة. فهي تتطلب التدريب، الخبرة، الوقت، التعاطف، وفوق كل ذلك التواضع.

إذا تم كل ذلك بشكل جيد، يمكن أن يكون التشخيص النفسي علامة فارقة لحياة المريض بدءًا من العلاج الناجح. إن المكونات الرئيسة للوصول للطريق السليم ليست غامضة، طبيب بتدريب مناسب، خبرة، ومهارة بشرية، ومريض يقدم وصفًا صادقًا وشاملًا لما يعاني منه، إلى جانب نمو علاقة علاجية جيدة بينهما، ووقت كاف لاستكشاف

الماضي وملاحظة تطور الأمور في الوقت الحاضر. إذا كان الوضع غير واضح ينبغي تأجيل التشخيص النهائي، فالشك أفضل بكثير من الدليل الكاذب. ينبغي أن يكون التشخيص دقيقًا للغاية، وبعد دراسة معتبرة تدعمها أدلة صلبة قابلة للتبدل عند وجود أدلة جديدة. أولئك الذين استفادوا من العلاج كانوا قبل ذلك في حالة تخبّط قبل أن يصل إليهم التشخيص السليم. كل واحد منهم شعر بأنه عاجز، ملعون لوحده، غير قادر على فهم ما يحدث، وحيد في الحاضر، ويائس من المستقبل. يقدم قانون التشخيص مساعدة، تفسيرًا، جماعة تعاني مما يعاني منه المريض، نداء للتحرك، حسّ تكهن، وأملًا بالمستقبل. فجأة تصبح المشاكل التي لم تدار في السابق قابلة للإدارة. إن التشخيص السليم (إلى جانب التثقيف به، أمر حساس ومنطقي)، فهو يقدم ارتياحًا عظيمًا ونقطة بداية نحو الشفاء. أحد أفضل التكهنات بالنجاح هي جودة العلاقة بين المريض والطبيب. العلاقة العظيمة قطعًا لا تضمن شفاء عاجلًا، كما أن العلاقة الرديئة لا تمنعه أيضًا، لكن في المتوسط، كلما كانت العلاقة أفضل كلما كانت النتائج أفضل. وإذا مضى التشخيص على نحو جيد، فإن ذلك أحد أفضل الطرق للمحافظة على علاقة علاجية متينة.

الخاتمة

لا بد أن الإله يحب الخنافس حبًا جمًا، لأنه خلق أنواعًا عديدة منها.

ج.ب.س. هالدين

من المؤكد أن الخنافس سترث الأرض تقريبًا. فكّر في مستوى أداءها- هناك مئات الآلاف منها، بأنواع مختلفة مقابل زيادة في نوع واحد متجانس من الإنسان. يجب أن تكون بطاقة اللعب على نجاة الخنافس وبقاءها على قيد الحياة حتى نهاية ألفيتنا الشابة، لا على أفضليتها في اللعب.

لقد ألقت الطبيعة بالنرد ملايين المرات، وفي كل مرة تعرف الخنافس أن اختيار التنوع أفضل رهان للبقاء على المدى الطويل. هناك مئات الأصناف من المخلوقات والموروثات الجينية المختلفة في قطعة أرض لغابة ممطرة. يظهر أن الأشجار لم يكن لها الخيار لتتخذ المكان المناسب لها في الشمس في الجزء العلوي من القمة. سيكون الأمر أقل تعقيدًا لو أن هناك نوع واحد، لكن الطبيعة كانت على استعداد دائم للإبقاء على خيارات مفتوحة. إنك لا تدري ما الذي سيحدث لك، وأي جهد جيني سيكون مطلوبًا لمواجهة التحدي البيئي المقبل.

للطبيعة رؤية متوسعة، لكنها قصُرت عند نوع الجنس البشري. فقد اختارت الطبيعة التنوع، واخترنا المعيارية. نقوم حاليًا بمجانسة المحاصيل، مثلما نجانس جنسنا البشري. متجاهلين القصة التحذيرية للغابة الممطرة، تخاطر البشرية بمصيرها عبر رهان سيىء تعززه الزراعة الضخمة. لم تكن المحاصيل الغذائية متجانسة قديمًا، لكنها الآن تعتمد على ثقافة أحادية عالمية واسعة النطاق للنباتات، والتجانس الوراثي للحيوانات أيضًا. لم نتعلم شيئًا من مجاعة البطاطا الإيرلندية، نحسم من تنوع وقوى الطبيعة المتعددة لتأتي في النهاية حشرة مشاكسة تأكل كل محصولنا الغذائي.

يبدو أن شركات الأدوية الكبرى تسعى لمحاولة موازية بخلقها علامة خاصة لأحادية الإنسان. يساعدها في ذلك الطب النفسي الطموح بشكل مفرط، إذ حُوّلت كل اختلافات البشر لاختلال كيميائي يُفترض أن يعالج بواسطة الأدوية والحبوب. لا شك أن تحويل الاختلاف إلى مرض كان أعظم ضربة عبقرية تسويقية أُنجزت في عصرنا ـ إلى جانب آبّل وفيس بوك، لكن بأمل أقل، واحتمالية ضرر أكبر بكثير.

ذات مرة رأيت قطعة فنية خيالية تحمل رسالة مفزعة لعالم جديد وشجاع. قامت الفنانة بقياس دقيق لكافة أطوال الموجات، عاكسة تفاصيل غنية وتلون إبداعي للوحة نهضوية. لمعدل طول الموجات، استخدمت الفنانة اللون الذي يمثل المتوسط لها على قماش كتان كبير وأحادي اللون، بما يمكن وصفه بنيا برازيا. بهذه السهولة يمكن مسح الفروق الحية، لكن كيف ستكون كآبة النتيجة. كل الشخصيات العظيمة في الأساطير، الروايات، المسرحيات تحملت الاختلاف الزمني بدقة لأنها تنحرف بتلوّن بعيدًا عن المتوسط. هل نريد بالفعل أن نضع أوديب على الأريكة، أو نعطي هاملت دورة سريعة في العلاج السلوكي، ونبدأ مع الملك لير بمضادات الذهان؟

لا أعتقد ذلك، فللتنوع البشري أغراضه، وإلا ما نجا من سباق الفئران التطوري. حتى أسلافنا قاموا بها، لأن القبيلة تُشكّل المواهب والميول باختلاف وتنوع كبيرين. كان هناك قيادة عليا بنرجسية عالية وأتباع راضون بما يكفي ليعتمدوا عليهم؛ الأفراد الذين كانوا يعانون من بارانويا تخوّلهم لشمّ التهديدات الخفية، يشعرون بأنهم ملزمين بشدة لإنجاز ما يجب عليهم إنجازه. واستعراضيين بما يكفي لجذب الانتباه. إن من الجيد أن يكون هناك من يتجنب المخاطر، لأن هناك من يستغلها بلا رحمة. لعل أكثر الأفراد سلامة هو أفضل من يوازن هذه السمات بالقرب من المتوسط الذهبي، لكن الرهان الأفضل للجماعة بأن يكون لديها خارجيين مستعدين للظهور على السطح حينما يتطلب الأمر، مثل كل تلك الأنواع المختلفة من الخنافس والأشجار في الغابات الممطرة.

توصّل داروين سريعًا إلى فكرة العمل الوظيفي لأدمغتنا، وأن السلوكيات البشرية التي تنتج من هذا العمل هي ما يشكّلنا تمامًا مثلما تتشكل أجسادنا وعمل جهازنا الهضمي في الانتقاء الطبيعي. لفهم ذواتنا، اقترح علينا دراسة البابون وليس كتب الفلسفة وعلم النفس. شاهد أطفاله يتطورون يومًا بعد يوم تحت عين عالِم نبات حاذق. وأدرك أننا حينما نكون قادرين على الحزن، القلق، الذعر، الاشمئزاز، الغضب، فهو بسبب القيم العالية الباقية،

وهي جزء حتمي وجودي لحياة الإنسان. نحن بحاجة للحزن على فقدان أحبابنا، أو أننا لم نحبهم قط. نحتاج لأن نقلق بشأن عواقب أفعالنا أو المصائب التي تورطنا بها جزاء أفعالنا. نحتاج أن ننظم بيئتنا أو ستنشأ الفوضى. يكمن المرض في أقصى الحدود، بعيدًا عن المتوسط الذهبي. معظم ما نفعله، إنما نقوم به لسبب جيد. فمعظمنا سويّ.

أحب الشذوذ وغرابة الأطوار. لقد أتت كلمة غريب أطوار من الهندسة اليونانية، وتعني «خارج المركز». ودخلت اللغة الإنكليزية كوصف فلكي للمسارات الدورانية للأجرام السماوية. تستخدم حاليًا لوصف أشخاص مختلفين بدلالات ازدرائية، وليس إعجابًا بعبقرية محددة يمتلكونها. إن الطبيعة تمقت وتبغض التجانس، وتحب ببساطة التنوع الشاذ. علينا أن نسعد بحقيقة أن معظم البشر على الأقل يتسمون بغرابة الأطوار، وأنهم متقبلين لأنفسهم كما نتقبلها نحن. لم يكن هناك مقصد لتقليص الاختلاف البشري عبر قائمة مفصلة من التشخيصات مدرجة في دليل نفسي بلا مبالاة. بل تتطلب الحياة وجود جميع الأنواع لتكوين قبيلة ناجحة ولوحة كاملة من العواطف لترسم حياة معيشية كاملة. علينا ألا نجعل من الاختلاف مرضًا ونحاول علاجه بحبوب مثلما كان يحدث في عالم هكسلي الحديث. إن من أقسى المفارقات في العلاج النفسي تكمن في أن أحوج الناس له لا يحصل عليه، بينما يحصل عليه من هو ليس بحاجته حقيقة.

إذن، كيف نحافظ على السواء والتنوع، ونحقق توزيعًا أكثر منطقية للموارد النادرة؟ هي مهمة أبعد ما تكون عن البساطة، لكنها قطعًا ليست بالأمر المستحيل. على المهنيين أن يتصرفوا بمهنية ضمن إطار اختصاصهم المناسب. على الأطباء النفسيين أن يتمسكوا بما يفعلونه بشكل أفضل، أي: يعالجون من يعانون من اضطرابات نفسية حقيقية ولا يتوسعون في ضم الأسوياء القلقين طبيعيًا. من سيكونون بخير لوحدهم. على أطباء الرعاية الأولية أيضًا أن يتمسكوا بما يفعلونه بشكل أفضل، ويتوقفوا عن لعب دور الأطباء النفسيين الهواة. وعلى شركات الأدوية أن تكف عن أعمال عصابات مخدرات، تدفع بمنتج دون مسؤولية، حينما يكون ضرره أقل من نفعه. يجب أن تدافع مجموعات حماية المستهلك عن مستهلكيها، لا عن المجموعة. على وسائل الإعلام فضح الادعاءات الطبية المتهورة، بدلًا من المنافحة عنها.

هل نملك فرصة معقولة لقلب هذا التضخم في التشخيص أم أن فناء هذه الأوبئة الكاذبة حتمي في النهاية؟ عقلانيتي تقول لي أن تضخم التشخيص سيفوز وأن إنقاذ السواء

سيخسر. نحن المعارضون لتضخم التشخيص قلة ضعفاء، بلا تمويل، بلا تنظيم، ونواجه نزاعات يستحيل علينا احترامها. لكنني أتذكر عندها جيش هنري الخامس المحبَط «نحن القلة، القلة السعداء، نحن عصبة من الأخوة» ـ وقد تفوقوا ستة على واحد، وكانوا شجعانًا متفائلين بفوز حاسم في معركة أجينكورت. لا تستهن أبدًا بالمستضعفين مهما طال النزاع. من حين لآخر، يقوم داود بما يظهر أنه أمر مستحيل، بينما يقوم جالوت الذي لا يقهر بأقل القليل.

تقف بصفنا ميزة كبيرة، ألا وهي سلامة قضيتنا، وهي ما **يجعل** الأمر ممكنًا. ولا يزال من المنطقي أن نأمل بأن يسود الحس السليم في النهاية. من كان يتوقع أن سوق التبغ الأعظم الذي بدا وكأنه لا يقهر، قضي عليه بسرعة؟ متى كنت مع شخص يحمل سيجارة بيده؟ من الواضح أن سوق الأدوية ينقاد لما يشبه السقوط، هذا الإمبراطورية لا تملك ما يسترها حقيقة. قد يستيقظ الناس والسياسيون أخيرًا على حقيقة أننا لسنا مجموعة من المرضى، ولا يملك كل واحد منّا مجموعة تشخيصات نفسية تشكل تراكمات لمجتمع مريض. هذه أسطورة نشأت من الطب النفسي الطموح، والجشع المفرط لصنّاع الأدوية. معظمنا سويّ بما يكفي، ويرغب أن يبقى على هذا الوضع.

إن هدفيّ «إنقاذ السواء» و«إنقاذ الطب النفسي» هما هدف واحد في الحقيقة، وهدفان متماثلان. يمكننا أن «ننقذ السواء» فقط إذا «أنقذنا الطب النفسي»، وإنقاذه لن يكون إلا باحتوائه ضمن حدوده المناسبة. يتردد صدى إرث أبقراط اليوم بواقعية مثلما كان قبل 2500 عام، كن متواضعًا، اعرف حدودك، والأهم لا تقم بأي ضرر.

إن السواء جدير بالإنقاذ فعليًا، وكذلك الطب النفسي.

قائمة بالمصطلحات الواردة في الكتاب

Anxiety Disorder ـ اضطراب القلق

Attention Deficit Hyperactivity Disorder ـ اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

Autism – التوحد

Bell Curve ـ منحنى الجرس ـ منحنى بيل

Big Pharma – شركات الأدوية الكبرى

Binge Eating Disorder ـ اضطراب نهم الأكل

Borderline Personality Disorder ـ اضطراب الشخصية الحدية

Childhood Bipolar ـ اضطراب ثنائي القطب للأطفال

Conversion Disorder ـ الاضطراب التحولي

Demonic Possession – استحواذ الشيطان

Disruptive Mood Dysregulation ـ اضطراب سوء انتظام المزاج التخريبي

دسم3ـDSM_III الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث

دسم3ر ـ DSM_IIIR الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث / طبعة منقحة

دسم4ـDSM_IV الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع

دسم5ـDSM_5 الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس

Hebephilia ـ الهيبفيليا

Hestyria ـ الهستيريا

Hypersexuality – فرط الرغبة الجنسية

Major Depression ـ الاكتئاب الكبير

Mild Neurocognitive Disorder ـ اضطراب عصبي معرفي معتدل

Mixed Anexity / Depression – اضطراب القلق/ الاكتئاب المتفاوت

Multiple Personality Disorder ـ اضطراب الشخصية المتعددة

Neurasthenia – الوهن العصبي

Obsessive Compulsive Disorder – اضطراب الوسواس القهري

Post_Traumatic Disorder – اضطراب ما بعد الصدمة

Psychosis Risk Syndrome ـ متلازمة خطر الذهان

Saint Vitus's Dance ـ رقصة القديس فيتوس

Schizoaffective Disorder ـ اضطراب الفصام العاطفي

Schizophrenia ـ الفصام

Social Anixity Disorder ـ اضطراب القلق الاجتماعي

Substances Abuse ـ اضطراب تعاطي المواد

Tarantism ـ الرقوصة

Temper Dysregulation ـ اضطراب سوء انتظام المزاج

Vampire Hysteria – هستيريا مصاصي الدماء

Werther Fever – حمى فيرتر

عن المؤلف

ترأس الطبيب آلن فرانسيس فريق عمل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM_IV، وكان مساعدًا مع المجموعة الرئيسة للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، والنسخة المنقحة منه DSM_III وDSM_IIR. أستاذ فخري، ورئيس سابق لقسم الطب النفسي والعلوم السلوكية في كلية الطب بجامعة ديوك. يعيش حاليًا في كورونادو (كاليفورنيا)، يسافر باستمرار لإلقاء محاضرات في مختلف أنحاء العالم.

قم بزيارة موقع www.AuthorTracker.com للمزيد من المعلومات عن مؤلفي هاربر كولينز المفضلين لديك.